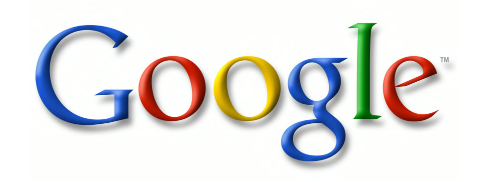


REVUE MÉDICALE

DE

TOULOUSE

PUBLIÉE

PAR LA SOCIÉTÉ

DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE.

Treizième Année.

TOME XIII.

TOULOUSE,
IMPRIMERIE DOULADOURE,
Rue Saint-Rome, 39.

1879.

Janvier 1879. XIIIe année. N° 1

REVUE MÉDICALE DE TOULOUSE.

ANALYSE CLINIQUE

D'UN CAS DE MENINGITE TUBERCULEUSE

Par le Docteur E. TACHARD,

La fréquence de la tuberculose dans l'armée fait que le médecin militaire assiste souvent à son évolution dans un organe isolé.

Le fait suivant serait digne d'intérêt à ce point de vue ; mais nous ne chercherons pas à développer ici ce côté de la question, désirant nous placer sur un autre terrain.

On pourra nous accuser d'être trop absolus dans notre manière de voir ; les critiques pourront nous objecter que, ne fournissant aucune donnée thermométrique, ni aucune étude sur le pouls, cette note est incomplète et insuffisante. Nous passerons volontiers condamnation sur ce point, mais ces études bien faites ailleurs, devions-nous les recommencer ?

Notre but principal, dans ce travail, est de montrer l'importance des examens ophthalmoscopiques et secondairement l'application qu'on peut faire à la clinique des nouvelles recherches de la physiologie expérimentale sur les fonctions de l'écorce cérébrale.

L'ensemble des notions que fournissent au diagnostic délicat des affections des centres nerveux et de ses envelop-

pes, ces deux moyens d'investigation, nous ont engagé à les mettre en relief de notre mieux à propos du cas suivant.

Le 13 mai 1877, M. Barrois, alors médecin aide-major au 59e de ligne, nous pria de lui donner notre opinion sur l'affection oculaire, à début soudain, dont se plaignait un des hommes de son régiment.

L'examen ophthalmoscopique nous révéla immédiatement l'existence d'une névrite optique double, et vu l'ensemble des autres symptômes cliniques accusés par le malade, et que nous énumèrerons plus loin, nous priâmes notre collègue de le faire entrer à l'hôpital, tout en lui exprimant les craintes que nous avions sur l'issue fatale de cette affection, qui nous paraissait être une méningite tuberculeuse.

Le lendemain 14 mai, pendant notre visite, nous reçûmes le nommé Rippert que nous avions vu la veille. C'est un homme de 21 ans, garçon boucher avant son incorporation, d'une taille de 1 mèt. 62 cent., d'un teint pâle uu peu lymphatique. Il est né à Digne, où il a son père et sa mère, qui jouissent d'une parfaite santé, ainsi que ses frères et sœurs.

Il nous dit qu'il n'a jamais été malade, mais qu'il y a un mois et demi environ, le matin en s'éveillant, il ressentit un violent mal de tête. Il fait son service cependant, il le continue les jours suivants, bien que sa céphalalgie soit persistante, et qu'il remarque un affaiblissement dans la netteté de sa vue. Son état reste le même jusqu'au 11 mai; ce jour-là pendant l'exercice, il est pris tout à coup de convulsions cloniques, puis de contractures dans tout le côté droit du corps. Sa langue s'embarrasse, le malade ne peut plus parler et est en quelque sorte devenu aphasique.

Les accidents furent de courte durée; mais en raison de sa faiblesse, de son état de malaise et surtout à cause des troubles persistants de sa vue, ses camarades sont obligés de le reconduire à la caserne où il se met au lit dès son arrivée.

Le lendemain, se sentant mieux, il se leva au réveil, revint à l'exercice, mais cette fois les fourmillements et la parésie musculaire se font sentir des deux côtés, mais surtout à droite. La céphalalgie est des plus violentes, l'affaiblissement de la vue plus grand encore.

C'est dans cet état qu'il entra dans notre service. Nous constatons qu'il n'existe aucune paralysie, mais une diminution très-notable des forces musculaires; le malade primitivement vigoureux est très-amaigri; il a en outre par intermittences du strabisme convergent du côté droit avec diplopie, et une grande dilatation des pupilles. Il a une céphalalgie frontale persistante ; son facies est extrêmement pâle.

Le 15 mai, nous faisons en détail l'examen ophthalmoscopique qui nous révèle les lésions suivantes, caractéristiques de la névrite :

A droite, la pupille est masquée sous une infiltration blanchâtre; les veines sont dilatées, les artères presque invisibles et en avant de l'exsudat existent plusieurs stries hémorrhagiques ;

A gauche, l'infiltration est encore plus marquée; la pupille a une teinte rougeâtre peu franche; elle s'aperçoit avec la plus grande facilité à l'image droite comme dans les cas de forte hypermétropie; à la surface de la rétine on trouve des taches blanchâtres, et de nombreux petits foyers apoplectiques particulièrement bien visibles à l'aide du miroir seul. Les veines sont gorgées de sang, elles ont une teinte noire et sont incurvées avant de pénétrer dans les parties infiltrées de la papille. De ce côté les artères sont difficilement appréciables.

Pas de tache hémorrhagique au niveau de la macula, le malade peut lire encore et voir à distance de gros caractères, son acuité est fort diminuée, mais nous ne pouvons dire exactement ce qu'elle était, ayant perdu la note se rattachant à cette partie de l'exploration. Nous avons négligé de mesurer le champ visuel.

Rien à signaler du côté de la poitrine. Le malade n'est point syphilitique, n'a point reçu de coup, et n'a pas subi d'insolation; rien non plus du côté des reins, et l'analyse des urines faite par M. Rives, pharmacien-major, n'a pas décélé la moindre trace de sucre ou d'albumine.

Récapitulant l'ensemble des symptômes observés, nous portons par exclusion le diagnostic de névrite optique double symptomatique d'une méningite tuberculeuse, et établissons que le pronostic est très-grave, et que l'issue de l'affection sera la mort à courte échéance.

Nous instituons une médication tonique, donnons une alimentation légère mais réparatrice, et pour combattre les douleurs de tête nous prescrivons le bromure et l'iodure de potassium.

Les jours suivants, son état reste le même ; cependant le 20, la céphalalgie ayant toujours la même intensité, nous plaçons un séton à la nuque.

Le 26, nous constatons un amaigrissement rapide chez notre malade. Le 29, la diplopie est permanente, et le malade pour en éviter l'ennui se condamne à fermer constamment un des deux yeux.

Il a de l'insomnie à cause de la céphalalgie et des douleurs avec contracture qu'il éprouve dans l'épaule et le bras droit.

1er juin. — L'état général s'est encore aggravé ; la somnolence du malade est continue ; il ne répond qu'avec peine aux questions qu'on lui adresse ; il ne peut plus se lever, sa vue est très-fortement troublée, il voit laiteux et ne distingue rien nettement. De plus, il a de la diarrhée, et son amaigrissement fait tous les jours des progrès.

10 juin. — Nous notons une recrudescence dans la marche de la fièvre ; la diarrhée persiste sans que le régime ou le traitement aient pu en modifier la marche ou en diminuer l'intensité.

17 juin. — La céphalalgie est moins intense et cependant, sans paraître souffrir autant, le malade pousse souvent des cris plaintifs hydrencéphaliques. Le strabisme convergent a augmenté. La main droite est sans force et si on fait marcher le malade, en lui fournissant l'appui de deux infirmiers, on constate qu'il fauche du côté droit. La persistance de la diarrhée rend l'alimentation difficile et augmentel'amaigrissement.

Nous enlevons le séton.

21 juin. — Le malade est plus calme.

24 juin. — La fièvre et la céphalalgie recommencent.

6 juillet. — Pas de changement notable, mais le malade a de la constipation. Un nouvel examen ophthalmoscopique nous révèle les altérations suivantes : les hémorrhagies miliaires sont plus nombreuses, la saillie de la papille est

plus considérable. La vue est presque complétement perdue; et bien que le malade conserve toute son intelligence, elle est cependant affaiblie.

14 juillet. — La cécité est complète, le pauvre malade analyse toutes ses sensations et comprend la gravité de son état. Nous conserverons longtemps l'impression de tristesse que fit sur nous la douleur et le chagrin de ce pauvre jeune homme. Il avait les papilles dilatées, les yeux immobiles sans strabisme, il était en outre affecté d'une paralysie complète de la vessie. Le marasme est profond, il y a quelques excoriations au sacrum. Une nouvelle analyse des urines ne révèle aucune trace de sucre ou d'albumine.

22 juillet. — La somnolence est continuelle; le malade ne peut rester dans le décubitus dorsal. Il est plus mal. Il faut toujours le sonder.

Il reconnaît lentement notre voix et ne répond qu'avec lenteur à nos questions. Pendant la nuit, ayant voulu se lever seul pour aller sur la chaise percée, il est tombé et n'a pu se relever, à cause de sa parésie de tout le côté droit.

4 août. — Paralysie des sphincters. Les paupières supérieures tombent inertes sur les globes oculaires.

13 août. — Etat comateux, râles trachéaux; ne peut prendre de nourriture solide.

19 août. — Coma complet. La mort vient enfin terminer cette lente et affreuse agonie qui a duré plus de un mois.

N. — Ayant dû nous absenter ce jour-là de Toulouse, nous n'avons pu pratiquer immédiatement après la mort l'examen anatomique des yeux. Ils furent enlevés avec soin par un conditionnel de notre service, mais malheureusement il les plongea dans une solution d'acide chromique si concentrée qu'ils se désorganisèrent et toute étude devint impossible. Le seul fait certain que nous ayons pu constater a été la saillie en champignon de la papille dans l'intérieur du globe.

Autopsie; faite trente-six heures après la mort.

La peau est décolorée, terreuse, les membres sont en résolution. Le cadavre couché sur le ventre, nous faisons ouvrir circulairement la boîte crânienne à l'aide de la scie.

La dure-mère incisée, un peu de liquide s'écoule. Le

feuillet viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère sont épaissis, poisseux, infiltrés de liquide séro-purulent assez concret pour former de longues traînées entre les circonvolutions confinant à la scissure de Rolando et de Sylvius, et s'étendant jusque vers la scissure parallèle; les altérations sont plus developpées à gauche qu'à droite; l'exsudat englobe les vaisseaux de la région.

Les veines superficielles sont gorgées de sang; mais la colonne sanguine est interrompue par de nombreuses bulles de gaz; elles sont entourées d'un exsudat jaune verdâtre, sur lequel se rencontrent de nombreuses granulations tuberculeuses jaune-clair de la grosseur d'un grain de millet.

Il est très-aisé de séparer l'arachnoïde et la pie-mère de la surface du cerveau dont la pulpe est notablement ramollie.

En voulant séparer du crâne la base des hémisphères cérébraux, nous constatons que le bord antérieur du lobe sphénoïdal gauche est très-adhérent. En décollant ces parties, nous voyons s'écouler une assez grande quantité d'un liquide louche, jaune-rougeâtre; l'adhérence entre les méninges et la substance grise est si forte que nous ulcérons en quelque sorte la surface des circonvolutions.

Dégageant alors l'ensemble du cerveau, nous constatons dans l'espace interpédonculaire autour du chiasma sur la protubérance et la bulbe une infiltration séreuse opaline assez abondante, mais dépourvue de granulations tuberculeuses et allant rejoindre l'exsudation de la surface des hémisphères.

Les nerfs optiques ont une couleur orangée, leur gaîne est décollée dans toute sa portion intra-crânienne et est remplie de liquide. Fait très-remarquable, les vaisseaux qui cheminent à la surface de la gaîne sont fortement congestionnés et forment un réseau vasculaire très serré; cette disposition est surtout apparente du côté gauche.

Pénétrant dans les ventricules latéraux en pratiquant une coupe au niveau du corps calleux, nous y trouvons une grande quantité de liquide louche. La toile choroïdienne est gorgée de sang.

Le corps strié du côté gauche est ramolli, recouvert d'un exsudat grisâtre se prolongeant sur la couche optique.

Le cervelet est pâle, sans altération à signaler. La moelle et ses enveloppes n'ont présenté aucune lésion.

Les poumons sont normaux sans granulations tuberculeuses. Il n'y a rien à signaler non plus dans les intestins ou dans les autres viscères, qui sont tous normaux, à l'exception cependant de la rate qui est volumineuse et ramollie.

Aucun examen histologique n'a été pratiqué.

Le cas clinique que nous venons de relater ici en détail n'a présenté en soi rien de nouveau et la nécropsie faite à l'œil nu n'a rien révélé qui ne fût déjà parfaitement connu.

Il faut convenir cependant que les nouvelles recherches sur les fonctions de l'écorce cérébrale éclairent la marche et le développement des symptômes observés.

L'intérêt de ce fait clinique porte selon nous sur les deux points suivants : 1° sur l'importance des symptômes révélés par l'ophthalmoscope ; 2° sur le rôle fonctionnel de circonvolution cérébrale et sur la relation de cause à effet entre les troubles musculaires et les lésions corticales de l'encéphale.

L'importance des examens ophthalmoscopiques n'est certainement pas niée de nos jours, mais il faut bien cependant convenir qu'on n'abuse pas encore de ce moyen d'exploration. Mais, dira-t-on, ne peut-on rien faire sans ophthalmoscope? On s'en passait autrefois et cependant on avait maintes fois constaté que la cécité survenait dans la méningite tuberculeuse. Certainement on constatait la cécité, mais on n'en donnait pas l'explication anatomique exacte, et quand, au début de la maladie, le sujet accusait des troubles dans la vision, outre qu'on ne pouvait pas les reconnaître directement, on n'en déterminait pas la cause anatomique ni ses rapports avec l'altération cérébrale.

Pour en revenir à notre cas particulier, l'examen ophthalmoscopique a coupé court à toute hésitation, et fait donner des soins immédiats à ce malade.

On sait que dans l'armée il y a souvent des soldats qui s'exercent malicieusement à faire croire à l'existence de maladies graves qu'ils n'ont pas, mais qu'ils simulent souvent fort bien dans le but d'obtenir, soit un congé de convalescence, soit encore la réforme.

Tout médecin militaire, en face de certains malades, doit souvent s'adresser la question suivante : Ces dires sont-ils vrais, ces plaintes sont-elles réellement l'expression de la souffrance de quelque organe?

Or, chez notre malade, qu'y avait-il d'abord? De la céphalalgie sans fièvre, des troubles mal définis de la vision survenus soudainement. Rien n'est si fréquent que d'entendre des hommes se plaindre de leurs yeux, accuser une cécité complète de l'œil droit surtout. Notre collègue M. Barrois se tint tout naturellement sur ses gardes, et comme les infirmeries régimentaires ne brillent pas en général par un grand luxe d'installation et qu'il est presque toujours impossible d'y faire un bon examen ophthalmoscopique, il fit conduire le malade à l'hôpital militaire.

La lésion était évidente, manifeste, déjà même très-profonde, en sorte qu'aucun doute ne pouvait être élevé sur la bonne foi du sujet.

Ces raisons font aisément comprendre combien nous devons tenir aux symptômes objectifs; aussi, chaque fois que nous en trouvons un réel, nous le gardons soigneusement.

M. Bouchut a donc rendu service en insistant sur l'utilité des examens ophthalmoscopiques dans les affections cérébrales, et il est dans le vrai lorsqu'il dit que, dans les affections présumées des méninges ou du cerveau, on ne saurait pas plus se passer de l'ophthalmoscopie que de l'auscultation dans les maladies du cœur ou du poumon.

L'importance des données ophthalmoscopiques vient des rapports intimes anatomiques et physiologiques qui existent entre l'œil et le cerveau.

Les modifications circulatoires survenues dans l'ensemble de l'encéphale ou des méninges retentissent sur la circu-

lation oculaire, de même que l'excès du liquide sous-arachnoïdien provoque en pénétrant dans la gaîne de Schwalbé, l'étranglement du nerf optique. Ces faits ne demandent maintenant plus à être démontrés.

Ici se place naturellement une question. L'ophthamoscope peut-il, dans tous les cas de maladie du cerveau ou de ses enveloppes, fournir des signes pathognomoniques, permettant de reconnaître telle ou telle maladie?

Ce serait là vouloir trop demander à l'ophthalmoscope, mais si l'on tient compte des signes qu'il fournit, si on les rattache à d'autres manifestations morbides, ses indications peuvent souvent devenir précises.

Nous n'avons pas une expérience suffisante pour nous permettre de prendre parti dans cette discussion ; M. Bouchut, comme chacun sait, est très-affirmatif, tandis que notre maître, M. M. Perrin, de Græfe et beaucoup d'autres se montrent avec raison beaucoup plus réservés.

Il est possible que M. Bouchut soit près de la vérité, mais il est assez vraisemblable aussi qu'il se laisse aller à exagérer beaucoup l'importance de ses propres recherches.

Ce ne sera donc qu'avec le temps, lorsque l'ophthalmoscope sera manié avec facilité et précision par tous les cliniciens, lorsqu'on aura observé puis autopsié un nombre suffisant de sujets, que cette question pourra être tranchée.

Pour le présent, contentons-nous des résultats certains qui ont été obtenus; en ce qui concerne la méningite tuberculeuse, il nous semble que l'enquête sera bientôt terminée, car les faits groupés jusqu'ici donnent gain de cause à certaines conclusions doctrinales de M. Bouchut.

C'est au moins ce qui nous a paru ressortir de nos propres recherches et de celles que nous avons faites au sujet de ce dernier malade; nous avons lu un grand nombre d'observations de méningite tuberculeuse et nous avons constaté, dans tous les cas auxquels nous faisons allusion, que les altérations intra-oculaires, constatées à l'ophthalmoscope, ont été celles que nous avions constatées chez

notre malade, et que les lésions anatomiques intra-crâniennes correspondaient uniformément à celles que nous avons signalées et que nous avons fait inscrire, sous notre dictée, sur la table même de l'amphithéâtre.

C'est l'ensemble de ces notions qui nous a permis d'avancer dès le premier jour, bien qu'il n'y eût rien aux poumons, qu'il s'agissait là d'un cas de méningite tuberculeuse, et cela, en nous basant sur les données de l'ophthalmoscope, et sur l'existence de ces troubles moteurs de peu de durée accusés par le malade.

Grâce à l'ophthalmoscope, non-seulement nous notions la lésion oculaire, mais encore nous affirmions que les lésions anatomiques étaient plus profondes à gauche qu'à droite, et à l'autopsie nous avons vu, en effet, que le maximum des altérations correspondait précisément au côté gauche du cerveau et de ses enveloppes.

Dans notre cas donc, comme l'a dit M. Bouchut, l'œil a fourni en quelque sorte une voie directe à l'examen de la cavité crânienne et de son contenu.

Nous pouvons donc admettre que, dans la méningite tuberculeuse, la névrite optique a une grande valeur séméiologique, et qu'elle peut être considérée comme pathognomonique, si elle s'accompagne de troubles moteurs partiels dans les membres. Dans ces cas complexes, chaque fois qu'on peut faire un examen ophthalmoscopique complet, si on rencontre les lésions que nous venons d'énumérer, on peut avancer qu'elles sont produites mécaniquement, et qu'elles résultent de l'évolution préalable de la tuberculisation dans l'ensemble des enveloppes cérébrales.

Un autre symptôme tout aussi digne d'intérêt, plus facile à observer, et par suite plus pratique, nous est fourni encore par l'examen de l'œil. Nous voulons parler des troubles dans la sphère de motricité de cet organe.

Chez notre malade, nous avons noté au début du strabisme convergent intermittent; plus tard il a eu de la diplopie causée par ce strabisme; vers la fin de la vie enfin,

nous constatons une dilatation énorme des deux pupilles, avec chute de la paupière supérieure et tendance au strabisme divergent.

Les troubles moteurs de l'œil, au début et à la fin, ne peuvent être rapportés à la même cause que celle qui a déterminé la névrite; aussi, pour bien comprendre la valeur symptomatique de ces troubles moteurs, il n'est pas sans intérêt de les analyser, ce que nous pouvons peut-être faire utilement en suivant les physiologistes qui cherchent à démontrer expérimentalement le rôle des circonvolutions cérébrales.

Distinguons ce que nous avons observé au lit du malade, de ce que nous avons vu à l'amphithéâtre, afin de faire ressortir de cet examen comparatif des conclusions conformes aux données de la science actuelle, qui a montré expérimentalement que les troubles moteurs des membres et de l'œil sont dues à des lésions anatomiques distinctes.

Au début de la maladie, Rippert accuse, et c'est là ce qui, avec l'altération du fond de l'œil, a le mieux contribué à éclairer notre diagnostic, d'abord des fourmillements dans les membres, plus tard des contractures, à la fin une parésie dans tout le côté droit.

Pendant la vie, ponvons-nous rattacher ces troubles de la motilité à une lésion anatomique des centres nerveux? Après la mort, avons-nous trouvé à l'autopsie les lésions présumées?

A la première question, nous répondrons que l'expérience clinique a démontré que dans la méningite tuberculeuse les lésions s'étendent de proche en proche de la base vers les hémisphères, en suivant, ainsi que l'a prouvé Cornil, la gaine des vaisseaux; en outre, que les altérations des hémisphères prédominent du côté gauche.

Les détails de l'autopsie que nous venons de relater servent de réponse à la seconde question.

Nous pouvons donc, en nous basant sur les données de la physiologie pathologique, admettre comme évident que les fourmillements, puis les contractures et la parésie ont été

successivement provoqués par l'évolution normale de la tuberculose qui, localisée d'abord à la base, s'est peu à peu propagée sur le parcours des vaisseaux sylviens.

Si on jette un coup d'œil sur un moule du cerveau, et qu'on y reproduise les lésions maxima que nous avons constatées, on voit qu'elles siégent dans les parties externes et superficielles de cette région des hémisphères qui forment la partie postérieure du lobe frontal et la plus grande partie du lobe pariétal; or, d'après les expériences faites par Carville et Duret et d'autres physiologistes, d'après les cas cliniques recueillis par Charcot, Landouzy et autres, c'est bien cette région, qui est la région motrice par excellence des membres supérieurs et inférieurs.

Tout d'abord l'affection a été basilaire; pendant quelque temps elle a pu passer inaperçue, mais dès que l'altération tuberculeuse s'est étendue dans la direction de la scissure de Sylviu, c'est-à-dire vers la région fronto-pariétale, alors sont entrés en scène les troubles convulsifs, suivis vers la fin de phénomènes paralytiques, accompagnés à la période ultime de coma, tenant évidemment à la marche de l'altération anatomique dans les régions intra-hémisphériques.

Remarquons encore que les symptômes cliniques prédominent du côté droit, tandis que les lésions siégent surtout du côté gauche de l'encéphale, et sans qu'il y ait eu hémiplégie véritable, on peut dire que la forme générale des troubles moteurs a bien été hémiplégique.

Nous avions dès le début porté le diagnostic de névrite optique double symptomatique d'une méningite tuberculeuse, et cela en nous fondant sur ce phénomène particulier que les troubles dans la motilité avaient été transitoires, partiels, et ne s'étaient pas accompagnés d'une perte absolue de la connaissance. Les données cliniques éloignaient l'idée d'une altération anatomique intra-hémisphérique, et ne pouvaient faire songer qu'à une lésion superficielle de la substance corticale. Un autre symptôme, l'aphasie des pre-

miers jours, témoigne jusqu'à l'évidence du développement de l'affection de la base vers la périphérie des hémisphères; tous ensemble, ils démontrent l'existence d'une lésion corticale des circonvolutions fronto-pariétales.

Donc, malgré l'absence de signes de tuberculose du côté du poumon, en nous fondant sur l'âge du sujet, sur la fréquence de la tuberculose dans l'armée, sur la soudaineté et le peu de persistance des troubles moteurs, nous devions naturellement admettre une excitation de l'écorce cérébrale produite par le développement d'une méningite tuberculeuse, et en recherchant le siége probable de la lésion, les données de la physiologie nous permettaient de la localiser dans le territoire arrosé par l'artère sylvienne.

La clinique et l'anatomie pathologique ont donc confirmé ici les données récentes de la physiologie expérimentale, en démontrant, par des troubles moteurs et par des lésions anatomiques situées dans la zone fronto-pariétale, la réalité de l'action motrice de certaines circonvolutions cérébrales.

L'apparition de la chute de la paupière avec dilatation pupillaire dans les derniers temps de la vie vient apporter une nouvelle preuve à l'évolution de la tuberculose de bas en haut, dans les couches corticales du côté de la scissure parallèle.

Dans ce dernier point, en effet, les altérations constatées sont plus jeunes, moins profondes et moins développées que dans le reste de l'organe.

La valeur des recherches physiologiques sur les fonctions des circonvolutions nous semble donc parfaitement démontrée par ce cas clinique, qui prouve que les troubles musculaires observés ont bien été la conséquence de l'envahissement graduel des hémisphères cérébraux.

L'expression symptomatique de la méningite tuberculeuse mérite donc toute notre attention; les troubles moteurs transitoires d'abord, puis persistants, révèlent la marche envahissante de l'affection de la base et de la partie antérieure, vers la périphérie en haut et en arrière.

La névrite optique, qui a tout d'abord occupé notre atten-

tion dans cette note, a une grande importance chronologique. Son apparition au début même de la maladie a depuis longtemps attiré l'attention des cliniciens, mais n'a pas toujours été expliquée de la même façon.

D'après M. Parinaud (Étude sur la névrite optique), « l'altération du nerf optique n'est pas le résultat des exsudats méningés, ou des lésions de la substance cérébrale qui peuvent intéresser leur expansion intra-crânienne, mais de l'hydrocéphalie qui complique si fréquemment la méningite aiguë. »

Certainement notre cas est peu favorable pour une démonstration, puisque nous avons trouvé un ramollissement à la surface des couches optiques, et autour du chiasma une infiltration séreuse abondante, pouvant faire admettre une névrite descendante, et expliquer la cécité absolue qui est survenue à la fin de la maladie.

Si nous ne considérons que le début de l'affection, le peu de symptômes subjectifs accusés par le malade, l'étendue des lésions reconnues à l'ophthalmoscope dès le premier examen, si nous tenons compte de l'hydropisie constatée de la gaîne de Schwalbé, nous aurons là des raisons suffisantes pour admettre que les troubles de la vue, accusés par le malade au début, sont primitivement d'un ordre mécanique, ainsi que de Græfe l'avait admis (voir Clinique ophthalmologique).

Les nombreuses recherches cliniques faites sur le sujet qui nous occupe ont établi « l'existence constante de l'hydrocéphalie dans les méningites qui s'accompagnent de névrite. » (Parinaud.)

On s'explique ainsi par une augmentation de la tension intra-crânienne le développement précoce de l'œdème papillaire, ainsi que les troubles de la circulation crânienne et intra-oculaire.

Dans notre cas particulier, la stase veineuse est évidente, la dilatation des veines, leurs flexuosités, les hémorrhagies produites sur leur trajet ont été l'effet secondaire de l'étran-

glement du nerf optique dans l'anneau sclérotical, auquel est venue s'ajouter l'hydropisie de l'espace sous-vaginal. Vers la fin de la vie, l'aggravation des troubles circulatoires a fini par détruire l'organisation si délicate du nerf optique.

Nous ne saurions chercher à porter plus loin l'analyse des faits que nous avons eu l'occasion d'observer, sous peine de nous engager dans le domaine de la spéculation pure, et d'affaiblir les enseignements qui découlent de ce fait et que nous pourrions résumer ainsi :

1° La névrite optique double est un symptôme important du début de la méningite tuberculeuse ; elle n'est pas en soi caractéristique, et ne témoigne que de l'étranglement du nerf optique, résultant de l'exagération de la pression intra-crânienne ;

2° La coexistence de la névrite avec des troubles moteurs partiels, siégeant surtout à droite, caractérise l'existence d'une méningite tuberculeuse ;

3° La dissociation des symptômes convulsifs fait pressentir, d'après les données de la physiologie moderne sur les localisations cérébrales, le siége exact des lésions à la surface de telle ou telle circonvolution ;

4° L'anatomie pathologique démontre l'exactitude des recherches physiologiques, qui ont mis en évidence la position relative des différents centres moteurs des membres, des paupières ou des muscles du langage.

DES VERS INTESTINAUX CHEZ LES ENFANTS,

QUELQUES CONSIDÉRATIONS,

Par le docteur d'AURIOL.

Si d'un côté le public et même quelques médecins croient à l'existence constante des vers intestinaux chez les enfants et sont tout disposés à leur attribuer, ainsi qu'à la

dentition, la plupart sinon la totalité des accidents et des troubles morbides qui viennent à se manifester chez ces petits êtres, de l'autre bon nombre de praticiens se refusent à admettre cette existence ou bien leur dénient toute influence fâcheuse. Il faut reconnaître qu'il y a de l'exagération dans chacune de ces opinions ; on ne saurait contester que des helminthes se rencontrent fréquemment dans les voies digestives et que si dans quelques cas ils ne donnent lieu à aucun dérangement appréciable de la santé, dans d'autres au contraire, outre les méprises dont ils peuvent devenir l'occasion de la part et à la grande confusion de l'homme de l'art, qui systématiquement et d'une manière imprudente avait repoussé cette façon de voir, parfois ils entraînent réellement des conséquences assez graves. Pour donner l'explication de cette contradiction apparente, il faut remarquer que ces parasites ne se montrent pas également dans tous les lieux et dans tous les temps avec la même fréquence, et que, si l'étude de ces organismes est à peu près complète au point de vue de l'histoire naturelle, il est malheureusement bien loin d'en être ainsi au point de vue de la médecine proprement dite. Dès lors, l'on comprend aisément qu'avec un pareil état de choses et en présence de la grande diversité des symptômes amenés par les entozoaires, le médecin encore inexpérimenté soit jeté dans l'incertitude ou dans l'embarras, si même il n'est porté à nier leur existence. Si les vers n'existent pas d'une manière endémique à Toulouse, on peut cependant les observer assez souvent dans cette ville ; c'est ce qui m'a engagé à présenter à la Société de médecine quelques courtes considérations sur ce sujet, considérations tirées en partie de ma pratique, espérant au surplus que mes collègues pourront ajouter le résultat de leur expérience personnelle sur un point de la pathologie infantile bien digne à tous égards d'appeler l'attention du praticien.

Dans l'état actuel de la science, l'on n'a pas à avoir recours à l'hypothèse de la génération spontanée pour expli-

quer la production des vers intestinaux. Il faut en revenir à l'*omne vivum ex ovo* des anciens. C'est en effet sous forme d'œufs fécondés (sous forme de cysticerques, pour les ténias) que les helminthes pénètrent du dehors dans l'économie, par l'intermédiaire des aliments ou des boissons, des boissons uniquement, de l'eau non filtrée, suivant quelques auteurs, le docteur Davaine entr'autres, mais cette dernière assertion me paraît trop exclusive, car il ne paraît pas que les vers s'observent moins souvent à Paris depuis que l'on ne fait usage dans cette ville que de l'eau filtrée. Dans tous les cas, on peut parfaitement comprendre qu'il doive exister en dedans ou au dehors de l'organisme des conditions plus ou moins favorables pour que les germes puissent se conserver, être transportés, éclore et se développer dans le corps humain ; or, ce sont ces conditions toutes particulières qui nous sont à peu près inconnues. Il semblerait bien que le froid humide, les années et les saisons pluvieuses, l'affaiblissement de l'organisme provenant du jeune âge, l'habitation d'un lieu mal aéré, le défaut d'insolation, la mauvaise alimentation consistant principalement en végétaux de qualité défectueuse ne sont pas sans exercer une certaine influence sur la naissance et le développement de ces parasites. Je dois néanmoins faire observer qu'en ce qui me concerne, je n'ai pas noté une fréquence plus grande de vers intestinaux chez les enfants de la classe pauvre que chez ceux de la classe riche, même chez les sujets de cette dernière catégorie élevés suivant les principes de l'hygiène la mieux entendue. Il vaut donc mieux reconnaître notre ignorance là-dessus et souhaiter que des recherches exactes nous éclairent enfin sur ce point.

Dans quelques cas les vers intestinaux ne trahissent leur présence par aucun phénomène sensible, mais le plus souvent l'on pourra observer quelques symptômes à la fois très variables et trop peu caractéristiques. La face pâle offre des alternatives de pâleur et de rougeur, le teint est plombé; les yeux moins vifs, enfoncés, s'entourent d'un

cercle bleu foncé ; l'appétit est diminué, ou variable et capricieux ; l'haleine fétide, la langue sale ; il y a des éructations, une salive plus abondante dans la bouche, du gargouillement intestinal, du ballonnement du ventre, de la sensibilité développée principalement autour de l'ombilic, quelques coliques passagères, des selles souvent glaireuses chargées parfois d'écume, tantôt liquides et multiples en un jour, tantôt uniques et dures, une toux sèche et convulsive souvent continue et fort incommode ; les urines sont troubles et lactescentes ; quelquefois des helminthes sont expulsés, des ascarides, des oxyures ou des fragments de ténias par l'anus, ou des ascarides par le vomissement. Il peut y avoir des démangeaisons plus ou moins vives, soit vers les narines, soit vers l'anus, les dernières se ressentent plus souvent le soir ou pendant la nuit ; ces démangeaisons portent les enfants à frotter ces parties avec plus ou moins de force. On pourra noter une humeur changeante, de l'irritabilité nerveuse, des alternatives d'assoupissement et d'agitation fébrile, des grincements de dents principalement pendant la nuit et le sommeil, fréquemment de la dilatation de la pupille. Enfin quelquefois les enfants sont en proie à des convulsions éclamptiques. L'on voit donc que les phénomènes offerts à l'observateur se rattachent ou à des manifestations d'irritation mécanique du tube digestif ou à des troubles sympathiques du côté du système nerveux. Dans certains cas l'ensemble des phénomènes présentés justifierait, ce semble, par la soudaineté de leur explosion, la désignation d'attaque de vers sous laquelle elle est connue dans le peuple.

Il ne faut pas oublier que, si quelquefois l'organisme ne paraît pas sensiblement influencé, d'autres fois, sans parler de leur expulsion par la bouche, les vers sont l'origine d'accidents plus ou moins graves, comme par leur introduction dans les voies aériennes, dans les voies biliaires, dans le péritoine, et par leur émigration vers les parties sexuelles ; le prurit amené par les oxyures dans ce dernier

cas peut devenir le point de départ d'habitudes funestes.

Il est des cas, nous l'avons dit, où les vers ne provoquent par leur présence aucune manifestation extérieure; de plus aucun ver n'est rendu, ou bien cette expulsion échappe à l'attention des parents. Dans d'autres circonstances, l'observation de quelques symtômes, bien qu'incertains quand il sont isolés, pourra, étant groupés ensemble, conduire à un diagnostic probable. Mais même le rejet d'un ou de quelques vers ne doit pas être considéré toujours comme un caractère certain de leur présence actuelle dans le tube digestif, car ils pouvaient être les seuls qui existassent dans l'économie d'où ils sont sortis, ainsi qu'il nous a été donné de le constater plus d'une fois. Quand on possède ce caractère, il ne fournit qu'une indication fort douteuse, si l'on n'a point observé d'autres symptômes; ce n'est souvent qu'une simple coïncidence, un épiphénomène, ou une complication. Ceci, bien entendu, ne s'applique pas à l'expulsion de fragments de ténia, expulsion qui à elle seule donne la certitude de l'existence de cet helminthe. Pour les oxyures on peut en voir s'agiter dans les plis radiés de l'anus. Il y a bien un signe qui serait vraiment pathognomonique, mais dont la recherche n'est pas bien praticable, ce serait celui que fournirait l'examen au microscope des garde-robes des sujets chez lesquels on soupçonne l'existence, des vers. On pourrait, en effet, dans le cas de cette existence constater dans les matières rejetées la présence des œufs des parasites d'où ils proviennent, et l'on sait que le docteur Davaine a décrit et figuré ces divers œufs. Dans tous les cas, nous dirons que, dans le doute où le praticien peut se trouver dans certaines circonstances à propos des maladies des enfants, il doit penser à l'existence possible des vers chez ces petits malades, et quelquefois un examen attentif changera un simple soupçon en certitude.

De même, quand les parents soupçonnent des vers chez leurs enfants, il serait peu habile de combattre ce senti-

ment d'une manière absolue, d'autant que souvent, comme il m'a été donné de le voir, l'événement donnerait tort au médecin. Dans bien des cas le praticien se verra dans l'obligation de donner des anthelminthiques à ses petits malades, bien qu'il n'ait pas la certitude de l'existence de vers chez eux, pour éviter de la part du public l'administration de vermifuges trop actifs ou mauvais. Quel est celui de nous, en effet, qui n'a pas noté chez les jeunes enfants les funestes effets de l'usage prolongé de fort bouillon d'ail ou dont l'odorat n'ait pas été péniblement affecté par le collier confectionné avec des grains de la même plante?

Il serait bien intéressant de connaître quelles sont les affections que les vers compliquent, de rechercher toutes les circonstances morbides dans lesquelles le développement de ces parasites se trouve avoir quelque influence, de savoir par exemple de quelle importance est ce développement dans le tube digestif durant les fièvres continues, de s'assurer si les maladies cérébrales peuvent être déterminées par l'irritation que ces animaux exercent sur la muqueuse gastrique et si elles présentent quelque symptôme particulier qui en fît connaître la véritable cause, de traiter la question de la perforation de l'estomac ou des intestins par les ascarides; mais nous n'avons pas les éléments nécessaires pour aborder tous ces points.

Il n'est pas de médecin qui ait fait un peu de la médecine des enfants et qui ne se soit trouvé aux prises avec des difficultés de plus d'une sorte, mais tenant plus particulièrement à leur indocilité, surtout quand il s'agit de leur faire accepter un médicament. C'est à ce point que du *citò*, *tutò et jucundè* des anciens le praticien doit bien se garder d'oublier le *jucundè*, sous peine de bien des mécomptes.

Nous nous contenterons maintenant d'énumérer les substances employées le plus communément chez les enfants et qui nous ont le mieux réussi contre les helminthes. Ce sont : la mousse de Corse seule ou mélangée au séné en infusion dans du lait, à la proportion de 4 à 16 grammes de mousse,

suivant l'âge du sujet ; la santonine en dragées, à la dose de 8 à 10 centigrammes ; le calomel à la vapeur en suspension dans une cuillérée d'eau, 20, 30 ou 50 centigrammes d'après l'âge de l'enfant et trois jours de suite. On sait que cet agent n'amène pas la salivation dans les premières années de la vie On se trouvera bien de l'emploi de lavements d'eau sucrée ou de glycérine dans le cas d'oxyures ; on usera avec avantage du sirop anthelminthique de Cruveilhier, à la dose d'une cuillerée à soupe par jour et pendant plusieurs jours, ou de la semence de citrouille mondée sous forme de pâte délayée dans du lait.

En 1870, j'avais fait prendre à une petite fille de 3 ans, très-bien portante et cependant atteinte de ténia inerme, une décoction d'écorce de racine de grenadier une première fois le 16 juillet (10 grammes dans 375 grammes d'eau réduite à 250 grammes), une seconde fois le 25 juillet (cette fois 15 grammes au lieu de 10); mais cette décoction fut rejetée chaque fois par le vomissement et ne produisit pas d'effet. Le 22 août, cette enfant ayant expulsé un fragment considérable de ténia, elle prit cette fois, le 23 au matin, 20 grammes de semences de citrouille en pâte délayée dans du ait, et elle rendit dans la matinée le ver dont j'ai pu voir a tête. Du reste, depuis ce moment cette petite malade n'a plus rejeté de fragments du parasite. J'ajouterai que la semence de citrouille est un agent inoffensif, bien accepté par les enfants, et dont on peut se servir même pour amener l'expulsion de vers autres que le ténia.

Mais ce n'est pas tout, une fois les vers rejetés, il faut empêcher leur reproduction, et pour cela faire disparaître les conditions qui semblent favoriser leur développement, faire suivre aux enfants toutes les règles de l'hygiène, leur donner une bonne alimentation, une habitation salubre, et dans quelques circonstances on se verra dans l'obligation de faire prendre à ces enfants des préparations de quinquina sirop ou vin.

Parmi les observations que nous pourrions donner, nous nous bornerons à citer les deux suivantes :

1re Observation. — Le nommé X., âgé de 6 ans, appartient à une famille des plus aisées. Cet enfant que j'ai vu naître et que je n'ai jamais perdu de vue est robuste et il a toujours été élevé en suivant les règles de l'hygiène la mieux entendue, tant au point de vue de l'alimentation que de l'habitation et des vêtements ; il est très-intelligent. Le 6 mars 1877, on vint me chercher en toute hâte ; absent en ce moment pour faire ma tournée, les parents effrayés envoyèrent de tous côtés à la recherche d'un médecin ; aussi trouvai-je un confrère auprès du petit malade, lorsque je pus me rendre à l'appel qui m'avait été fait. L'enfant avait été pris d'une violente attaque d'éclampsie, au milieu de la santé la plus florissante ; du reste, cet enfant ne présentait, en dehors de l'attaque, aucun phénomène particulier tant du côté des centres nerveux que des voies digestives. Des révulsifs furent appliqués aux extrémités inférieures, et une potion antispasmodique fut administrée, dès que le jeune X, put avaler. De nouvelles attaques se reproduisirent, mais avec une intensité bien moindre. En tenant compte des circonstances au milieu desquelles cette éclampsie s'était produite, de l'intelligence de l'enfant et de son application au travail, malgré son jeune âge, nous crûmes, mon confrère et moi, que nous avions à faire à une éclampsie essentielle et nous nous arrêtâmes à prescrire le bromure de potassium et à recommander aux parents de modérer considérablement l'ardeur de leur enfant pour l'étude. Au bout de deux ou trois jours, cet enfant présentant quelques signes d'embarras gastrique, d'un autre côté estimant qu'il pouvait y avoir quelque peu de congestion du côté du cerveau à la suite des attaques qu'il avait présentées, je me décidai à administrer à mon petit malade 30 centigrammes de calomel. A la suite de cette administration, le jeune X. rendit une grande quantité d'oxyures vermiculaires, et il se trouva si bien après cette évacuation que peu de jours après je ne trouvai pas d'inconvénient à lui laisser reprendre ses habitudes d'écolier laborieux. Depuis cette époque aucun orage n'a éclaté de nouveau, et ajourd'hui cet enfant est un des meilleurs élèves du petit lycée de Toulouse.

2e Observation. — Le 20 mai 1878, je fus appelé à voir ue Peyrolières, 25, le nommé Ponsolles (Charles), âgé

de quatre ans et appartenant à des parents inscrits au Bureau de bienfaisance. Cet enfant, dont la constitution ne présente rien de particulier, n'habite pas un lieu humide, et les conditions hygiéniques au milieu desquelles il se trouve ne sont pas des plus mauvaises, bien qu'elles ne soient pas excellentes. Il se plaint d'un violent mal de tête, la face est tantôt rouge, tantôt pâle; la langue blanchâtre présente de petits piquetés rougeâtres, formés par les papilles érigées; le ventre est ballonné, il y a de la constipation, la peau est un peu chaude, le pouls un peu fréquent, régulier; il y a la nuit des alternatives d'agitation avec cris et d'assoupissement, des grincements de dents. Ne sachant trop à quoi avoir à faire, craignant une affection des centres nerveux, je fais promener des cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, placer des cataplasmes sur le ventre, donner des lavements émollients et mets le malade à la diète. Le lendemain, ne trouvant pas d'amélioration, je donne le calomel à doses fractionnées; et comme je ne voyais pas encore d'amélioration, j'allais faire appliquer quelques sangsues aux malléoles, quand j'eus l'idée d'administrer préalablement le calomel à dose purgative, 20 centigrammes. Le lendemain, j'appris que l'enfant avait rendu deux lombrics, que l'on me fit voir; je donnai de nouveau 20 centigrammes de calomel, et à la suite de cette administration trois nouveaux ascarides furent expulsés. A partir de ce moment, tous les phénomènes morbides disparurent et il suffit de quelques jours pour que l'enfant fut complètement rétabli. Ainsi donc, dans ce dernier cas, j'avais cru un moment avoir à faire à une affection cérébrale, et si j'avais fait faire une application de sangsues, j'aurais pour le moins affaibli inutilement un sujet qui avait au contraire besoin de toutes ses forces.

Nous terminerons notre petit travail par les propositions suivantes :

1° Sans être très-fréquents, les vers intestinaux s'observent cependant assez communément chez les enfants à Toulouse;

2° Les conditions qui favorisent la production de ces animaux et les symptômes qui décèlent avec certitude leur présence sont encore à peu près inconnus;

3° Dans tous les cas et que le diagnostic soit douteux ou certain, on se trouvera toujours bien de l'administration aux enfants du calomel à la vapeur à dose purgative.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE

Séance du 2 décembre 1878.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, d'Auriol, Giscaro, Dop, Cazac, Peyreigne, Saint-Plancat, Ripoll, Huet, Couseran, Terson, Bonnemaison, Mauri, Dazet, Armieux, Faurès, Laforgue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée contient, outre les publications habituelles, une brochure intitulée : ***Des tumeurs adénoïdes du pharynx***, par le docteur Lœvemberg. M. Ripoll, rapporteur.

L'ordre du jour appelle la conférence du ***primà mensis***, dans laquelle sont signalés d'assez nombreux cas de variole, disséminés dans presque tous les quartiers de la ville.

A ce propos, M. Laforgue propose d'attirer l'attention de la municipalité sur l'importance du service public des vaccinations. Les membres du bureau sont chargés de s'occuper officiellement de cette question.

Appelé par ordre d'inscription au tableau à payer son tribut académique, M. Dop lit un mémoire intitulé : ***Mort de la pulpe dentaire par suite de violences extérieures.***

Après cette communication, M. le Président remercie M. Dop au nom de la Société.

Rapport écrit. — M. Huet, au nom de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Caubet envoyé à l'appui de sa candidature au titre de membre résidant, analyse ce travail et pose des conclusions favorables au candidat.

Le Président remercie M. Huet au nom de la Société, et le vote est renvoyé à la prochaine séance.

La séance est levée à six heures.

Séance du 11 décembre 1878.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, Couseran, d'Auriol, Jougla, Laforgue, A. Timbal, Timbal-Lagrave, Dop, Giscaro, Peyreigne, Saint-Plancat, Dazet, Bonnemaison, Roque-d'Orbcastel, Cazac, Basset, Armieux, Baillet, Faurès, Ripoll, Terson.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Lecture est faite des procès-verbaux des travaux d'intérieur.

La correspondance imprimée ne contient que les publications habituelles.

La correspondance manuscrite contient un mémoire pour le concours du grand prix de l'année. Il est envoyé dans les formes académiques et est classé *ne varietur* avec le numéro 1.

Le rapport du *primâ mensis* est lu et adopté.

Appelé par ordre d'inscription au tableau à payer son tribut académique, M. d'Auriol lit un mémoire intitulé : *Des vers intestinaux chez les enfants*; *quelques considérations* (voir page 16).

MM. Laforgue et Baillet prennent part à la discussion qui suit cette lecture; en terminant, M. le président remercie M. d'Auriol au nom de la Société.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination d'un membre résidant dans la section de médecine.

Après le vote, celui-ci ayant été favorable, le Président proclame M. Caubet membre résidant de la Société de médecine, et lui en fait immédiatement donner notification.

La séance est levée à six heures dix minutes.

Séance du 21 décembre 1878.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, Couseran, d'Auriol, Noguès, Armieux, Mauri, Terson, Caubet, Delaye, Giscaro, Peyreigne, Dazet, Tachard, *secrétaire général*.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Lecture est faite des procès-verbaux des travaux d'intérieur.

La correspondance imprimée contient les publications périodiques habituelles de Paris, de la province et de l'étranger.

M Armieux dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. Joly, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Toulouse, ayant pour titre : ***Traitement de la pneumonie aiguë des adultes par la digitale et l'alcool.*** — Renvoyé à M. Armieux pour un rapport écrit.

M. Caubet ayant demandé la parole pour remercier les membres de la Société de l'accueil fait à sa candidature, M. le président lui souhaite la bienvenue au nom de ses collègues, qui sont heureux de voir s'associer à leurs travaux un confrère que ses titres scientifiques désignaient si naturellement à leurs suffrages.

Tribut accadémique. M. Dazet lit un mémoire intitulé : ***De l'innocuité des ponctions multiples de la vessie à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy.***

Ce travail est basé sur une observation de sa pratique, et démontre combien cette précieuse méthode mérite d'attirer l'attention. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, atteint de rétention d'urine et chez qui le cathétérisme était impossible. En face de cette difficulté, et la vessie étant extrêmement distendue, M. Dazet fit, sans plus différer, avec l'aiguille numéro 2 de l'aspirateur une première ponction sus-pubienne qu'il fut forcé de répéter par la suite 34 fois. Déjà, à la trentième ponction, le malade commença à exonérer naturellement sa vessie, mais d'une manière incomplète. Après la trente-cinquième ponction, l'émission des urines se fait par les voies naturelles et, depuis cette époque, le malade est guéri et jouit d'une parfaite santé.

Après cette intéressante communication, M. Tachard rappelle qu'en 1874 MM. Deneffe et Van Wetter ont publié sur le même sujet un mémoire dans lequel sont critiqués les différents procédés de ponction vésicale. Le malade qui fait le sujet du travail de ces auteurs fut guéri de sa rétention d'urine après la vingtième fonction aspiratrice.

M. Caubet relate un cas dans lequel il a fait quatre fois la ponction vésicale sus-pubienne avec l'aspirateur. Chez ce malade, le cathétérisme impossible, avant la ponction, devenait facile après l'aspiration de l'urine.

Après cette courte discussion, M. le Président remercie M. Dazet au nom de la Société.

Rapports verbaux. — M. Molinier rend compte de la ***Deuxième observation d'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-***

ovarique du docteur Wasseige, de Liége. L'opération, faite le 3 août 1878, a duré quarante-une minutes et le pansement trente-quatre. « La femme dans un état pitoyable après l'opération » est morte le 5 août. Le hardi opérateur attribue la mort à ce que la malade a passé le temps de sa grossesse dans la misère la plus profonde, ce qui a causé la friabilité extrême de l'utérus, la section imprévue du pédicule utérin par l'écraseur et enfin l'hémorrhagie interne et externe. L'enfant extrait était vivant.

M. Molinier analyse également une monographie du même auteur *sur le crochet mousse articulé*, instrument perfectionné, indispensable pour terminer certains accouchements.

Après quelques critiques, le rapporteur conclut qu'il y a lieu d'adresser des remerciements au docteur Wasseige.

Le même rapporteur fait l'analyse de la thèse inaugurale du docteur A. Guichard, intitulée : *Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral*. Élève de Gallard, l'auteur préconise les idées de son maître ; il se montre même, dans l'état puerpéral, assez optimiste à l'endroit des injections intra-utérines. Le rapporteur ne partage pas cette manière de voir, et il rappelle qu'il y a quelques années une actrice fut victime de ce genre de médication.

En dehors de l'état puerpéral, la question des injections intra-utérines est assez vaste; n'a-t-on pas conseillé les injections spermatiques, méthode sévèrement critiquée et blâmée ici même dans une discussion récente?

Restant sur le terrain de la thérapeutique, les injections peuvent se faire dans le col ou dans le corps ; on a, suivant le cas, injecté de la morphine, de l'acide acétique ou du perchlorure de fer à 30 degrés. Leur indication capitale réside dans la métrite interne chronique, à forme hémorrhagique; elles sont contre-indiquées si la matrice contient un produit de conception, ou s'il existe des symptômes inflammatoires du côté de l'utérus ou de ses annexes.

Le rapporteur est d'avis que ce procédé est bon dans les cas d'hémorrhagie; mais, pour son compte, il préfère commencer par dilater le col avec des tubes de laminaria, et faire suivre cette dilatation de l'injection de perchlorure. Par ce moyen, il est certain de ne pas voir l'injection rester incluse dans la matrice.

Après quelques autres critiques, M. Molinier, insistant sur la valeur de ce mémoire, propose à la Société d'adresser des remerciements à l'auteur. — Adopté.

Après cette communication qui donne lieu à une courte discussion, le Président remercie M. Molinier au nom de la Société.

Avant de lever la séance, M. le Président demande à ses collègues leur opinion sur la marche de la variole à Toulouse. Il résulte des faits rapportés que l'épidémie n'a pas fait de progrès notables, et que le plus grand nombre des cas observés sont des varioloïdes légères et sans gravité.

La séance est levée à six heures.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de décembre 1878;

Par M. le Dr GARIPUY.

Dans ce mois de décembre, nous avons vu la constitution médicale prendre définitivement le caractère que lui imprime tous les ans à cette époque la température froide et humide dont nous avons eu à subir l'influence. Pendant ces deux derniers mois, vous aviez signalé la fréquence des affections catarrhales des voies respiratoires, et fait remarquer les funestes effets dont elles étaient suivies, surtout chez les vieillards. Ce mois-ci, nous devons faire les mêmes remarques en les accentuant. La colonne des pleuro-pneumonies porte, en effet, le chiffre de 29, tandis qu'en novembre 17 individus seulement étaient morts de ces affections pulmonaires.

Il est bon d'ajouter, cependant, qu'un grand nombre des vieillards qui ont succombé avaient dépassé 80 ans, et l'un d'eux avait même 98 ans; ce qui enlève à la constitution médicale un certain degré de gravité, la mortalité ne s'étant accrue que par suite de décès de personnes déjà près du tombeau, à cause d'une désorganisation due à l'âge et aux affections chroniques préexistantes.

Les pneumonies qui se sont présentées à votre observation

n'ont pas été, à de rares exceptions près, franchement inflammatoires; vous avez eu surtout affaire à la broncho-pneumonie, qui n'a pas revêtu néanmoins le caractère épidémique que nous lui voyons prendre parfois dans le Midi.

Les névralgies, les rhumatismes ont été très-fréquents, ainsi que les angines, les coryzas et les bronchites simples.

Chez la plupart des malades atteints de ces affections catarrhales, vous avez constaté un caractère commun : presque tous présentaient des accès de fièvre intermittente qui réclamaient l'emploi du sulfate de quinine.

Les congestions et les hémorrhagies cérébrales ont été suivies de mort dans bien des cas, et le nombre des malades nous ayant présenté ces accidents a été assez considérable.

La fièvre typhoïde a amené cinq décès.

Enfin, je signalerai, en terminant, une affection qui, depuis un an, ne cesse chaque mois de faire des victimes, je veux parler de la variole. L'année dernière, à pareille époque, votre secrétaire annuel vous disait qu'elle avait fait son apparition à Toulouse et qu'on lui devait un décès, le seul de l'année 1877. C'était le premier d'une série qui atteint, au 31 décembre 1878, le chiffre de 96, en y comprenant 3 jeunes enfants, portés à la colonne des enfants d'un jour à un an. Ce mois de décembre a eu pour sa part 12 décès de variole, 9 ayant frappé des individus au-dessus d'un an, 3 au-dessous. Une famille a été surtout cruellement éprouvée; ainsi la mort atteint un enfant de dix-huit jours, un de ses frères âgé de trois ans et sa mère âgée de quarante-huit ans meurent douze jours après de la même maladie. Disons enfin que, malgré tous nos appels réitérés, la plupart des victimes n'étaient pas vaccinées ou ne s'étaient pas soumises à une revaccination.

OBSERVATIONS météorologiques et nature des causes
l'Etat civil pendant le

ALTITUDE : 146 m.

DATES.	Pression atmosphérique.	Température de la journée. max	min	Humidité relative.	Pluie ou neige	Vents	Variole. H.	F.	Rougeole. H.	F.	Scarlatine. H.	F.	Erysipèle. H.	F.	Fièvre typhoide H.	F.	Rhumatisme. H.	F.	Diphthérite ou croup. H.	F.	Tuberculisation. H.	F.	Vieillesse. H.	F.	Enfants d'un j. à un an
1	748, 5	9	5	83	2,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	2
2	743, 5	8	4	85	16,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	2	.	1
3	750, 9	6	0	69	0,5	NO	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	1		1
4	753, 0	4	-1	81	.	NO	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	2
5	755, 0	4	-1	80	3,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	2
6	751, 0	5	2	84	3,0	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	4	4	.
7	749, 0	6	-2	78	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1	.	1	1
8	741, 6	4	0	73	2,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	4	.
9	744, 0	5	1	72	2,0	NO	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.
10	743, 5	3	-3	92	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	3	1
11	743, 0	3	-2	93	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	6	.	.
12	748, 0	3	-5	72	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	1	.
13	744, 0	3	-3	52	.	O	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	4	1	.
14	744, 0	5	-3	71	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	1	.	.
15	750, 3	6	0	62	2,5	NE	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	3	2
16	745, 0	4	-2	67	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	6	2
17	739, 0	4	-2	73	13,0	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	1	1	2	2	2
18	747, 6	6	0	65	4,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	3	.	1	.
19	740, 0	5	1	54	1,5	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	2	1
20	734, 6	8	3	75	5,0	S	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	3	2	2	.	2
21	749, 0	9	2	62	4,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	1	.	1
22	754, 2	7	0	73	0,2	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
23	749, 0	5	1	66	0,5	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	2	.	2
24	754, 0	8	3	71	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1	1
25	750, 5	8	3	70	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1	2
26	747, 0	9	5	67	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	2
27	748, 0	10	6	84	5,5	O	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	1
28	747, 2	12	6	66	0,5	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2	1	1	1
29	747, 0	12	6	76	.	S	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	4	2
30	755, 0	12	7	71	4,0	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	2
31	756, 5	14	8	58	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	1	.	.		2
MOYENNES DU MOIS : 747,		6	1	73	2,4		9		.		.		.		5		1		7		42		78		35

Total général des décès........

de DÉCÈS à Toulouse, d'après les déclarations faites à
mois de Décembre **1878.**

Population ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants		Hémorrhagie cérébrale		Paralysies		Maladies de l'appareil respiratoire : Pleuro pneumonies		Respiratoire : Bronchites		Respiratoire : Chroniques		Circulatoire : Aiguës		Circulatoire : Chroniques		Digestif : Diarrhées, dysenterie		Digestif : Cholérine		Suites de couches	Affections chirurgicales		Morts violentes : Accidentelles		Morts violentes : Volontaires		Causes diverses	
H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
.	1	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1
.	.	1	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	1	1	.	.	1	2	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	1	.	.	1	1	.	.	.	1	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	1	.	.	1	1	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	1	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	.	2	2	1	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	4	.	1	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	1	.	.	1	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6		15		11		29		3		18		2		14		.		.		.	3		.		.		40	

Hommes....... 147 }
Femmes....... 136 } 318
Jeunes enfants.. 35 }

Naissances..... { Garçons........ 137 } 262
{ Filles.......... 125 }

Mort-nés....... { Garçons........ 15 } 20
{ Filles......... 5 }

*

CHRONIQUE.

Par décrets du Président de la République, en date du 28 novembre 1878, rendus sur la proposition du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, et contresignés par le Ministre des finances, une Faculté de Droit a été instituée à Montpellier et une Faculté de Médecine a été instituée à Toulouse.

Voici le texte des dispositions concernant l'établissement de la Faculté de médecine de Toulouse, et la désignation des chaires dont elle doit être dotée ;

Article premier. — Une Faculté mixte de médecine et de pharmacie est établie dans la ville de Toulouse.

Cette Faculté comprend vingt chaires, savoir :

Anatomie, 1. — Physiologie, 1. — Anatomie pathologique et histologie normale élémentaire, 1. — Pathologie et thérapeutique générale, 1. — Pathologie interne, 1. — Pathologie externe, 1. — Médecine opératoire, 1. — Matière médicale et thérapeutique, 1. — Histoire naturelle, 1. — Chimie minérale, 1. — Chimie organique, 1. — Physique, 1. — Hygiène, 1. — Médecine légale, 1. — Pharmacie, 1. — Clinique interne, 2. — Clinique externe, 2. — Clinique obstétricale et accouchements, 1.

Art. 2. — Le nombre des agrégés attachés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse est fixé à douze.

En outre des chaires magistrales mentionnées à l'article 1er, il peut être institué des cours annexes ou des conférences. Ces enseignements seront confiés soit à des agrégés, soit à des docteurs.

— L'Association des médecins de Toulouse a tenu sa séance générale annuelle, dans son local de la rue du Sénéchal, le dimanche 22 décembre.

Les membres du bureau, pour l'année 1879, sont MM. les docteurs :

Roque-d'Orbcastel, président;

Broquère père, vice-président;

Peyreigne, secrétaire général;

Desclaux, secrétaire adjoint;

Basset, trésorier;

De Bezin, secrétaire des consultations gratuites.

Les nouveaux membres de la Commission élus sont MM. les docteurs Giscaro, Laforgue, Dupau et Jougla.

M. le docteur Maynard a été nommé membre de l'Association.

— La distribution des prix décernés aux élèves de notre Ecole de Médecine, a eu lieu le 28 décembre dernier. Voici le nom des lauréats.

1re Année. — 1re Section.

Sciences physiques et naturelles.

1er Prix: M. Malet (Jean), de Bats (Landes).
2e Prix : M. Marfan (Bernard-Jean-Antonin), de Castelnaudary (Aude).
1er Accessit : M. Tayac (Victor-Henri-Emmanuel), de Revel (Haute-Garonne).
2e Accessit; M. Sicard (Albert-Raymond), de Saint-Antonin (Tarn-et-Garonne).

1re Année. — 2e Section.

1er Prix : M. Malet (Jean), de Bats (Landes).
2e Prix: M. Marfan (Bernard-Jean.Antonin) de Castelnaudary (Aude).
Accessit : M. Robert (Marie-Aimé), de Navarreins (Basses-Pyrén.).

2e Année.

1er Prix ; Réservé.
2e Prix : M. Delorme (Fran-Raphaël-Léo), de Toulouse (Haute-Garonne).
Accessit : M. Picard (Louis-Marie-Frédéric), de Nîmes (Gard).

CLINIQUES.

Prix réservé.

PHARMACIE.

1er Prix ; M. Olmières (Joseph-Célestin), de Mende (Lozère).
2e Prix : Réservé.
Accessit : M. Maury (Jean-Pierre-Sylvain), de Salies (Haute-Garonne).

PRIX LASSERRE.

M. Matet (Marie-Joseph-Bernard), de Castera-Verduzan (Gers).

PRIX LEFRANC DE POMPIGNAN.

M. Caussé (Jean-Mathieu-Marie-Alfred), de Montgiscard (Haute-Garonne).

TRAVAUX PRATIQUES.

1re Année.

1er Prix: M. Duprat (Dominique), de Lannemezan (Hautes-Pyrén.).
2e Prix *ex æquo* : M. Olmières (Joseph-Célestin), de Mende (Lozère).
Idem. M. Abadie (Jean-Joseph), de Saint-Béat (Haute-Garonne).
Accessit : M. Maury (Jean-Pierre-Sylvain), de Salies (Haute-Garonne).

2e Année.

1er Prix : M. Cerles (Emile-François-Théophile), de Plantevigne (Aveyron).
2e Prix ; M. Durand ((Paul-Bertrand), de Daumazan (Ariége).
Accessit : M. Chastan (Antoine-Faustin), de Paris (Seine).

La série des nombreux concours ouverts le 4 novembre dernier, pour les places vacantes à l'Ecole de médecine et aux hospices civils de Toulouse, s'est terminée le 4 janvier par les nominations suivantes :

ONT ÉTÉ NOMMÉS DANS LES HÔPITAUX :

Médecins adjoints. — MM. Saint-Ange, Guilhem.
Chirurgiens-adjoints. — MM. Maynard, Dupau.
Internes. — MM. Delorme, Claude, Giscaro, Castel, Cavalié.

Les concours pour les places vacantes à l'Ecole de médecine ont donné lieu aux présentations suivantes qui sont soumises à l'approbation de M. le Ministre de l'instruction publique ;

Chef de clinique médicale. — M. André.
Professeur suppléant de pathologie externe. — M. Bonneau.
Professeur suppléant de pathologie interne. — M. Saint-Ange.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer à nos lecteurs la mort du docteur Emile Thoulouse, fils d'un des doyens du corps médical de notre ville, décédé à Lisle-en-Jourdain (Gers), après une longue maladie, à l'âge de 50 ans.

Le docteur Thoulouse cachait sous des dehors modestes toutes les précieuses qualités qui font du médecin des campagnes l'homme du dévouement, du savoir et de l'abnégation. Aussi a-t-il rapidement usé son existence par les grandes fatigues essuyées en se vouant jour et nuit au soin de ses malades, par ses études incessantes et ses travaux de cabinet. Les publications médicales de notre ville ; les journaux de médecine de Paris, contiennent quelques-uns de ses Mémoires empreints de son savoir médical et de son talent d'observateur. Nous adressons à la mémoire d'un compatriote et d'un ami l'expression de nos regrets les plus sympathiques.

— Nous apprenons aussi la mort de M. Houlès, de Sorèze, correspondant de notre Société de médecine, décédé à un âge assez avancé. M. le docteur Houlès avait été plusieurs fois lauréat de la Société dans différents concours.

— Enfin, enregistrons aussi la mort de M. le docteur Tardieu, l'ancien et sympathique président de l'Association générale des médecins de France.

Le Secrétaire du Comité de publication,
Dr E. Peyreigne.

Toulouse, impr. Douladoure, rue Saint-Rome, 39.

Février 1879. XIIIᵉ année. Nº 2

REVUE MÉDICALE

DE TOULOUSE.

OBSERVATION DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE

GUÉRISON APPARENTE. — RECHUTE DIX JOURS APRÈS. — GUÉRISON DÉFINITIVE.

Par M. le docteur GISCARO.

Dans sa séance du 1ᵉʳ mai dernier, la Société a entendu la lecture d'un travail important dans lequel notre collègue, M. Ribell, étudiant comparativement la méningite franche et la méningite tuberculeuse, s'attachait à faire ressortir les caractères différentiels propres à faire distinguer ces deux affections l'une de l'autre. Plus récemment, notre zélé secrétaire général, M. Tachard, à propos d'un cas de névrite optique, symptomatique d'une méningite tuberculeuse, se livrait à des considérations des plus intéressantes sur l'utilité de l'examen ophthalmoscopique pour déterminer sûrement le siége et la nature de la lésion méningée. Cette coïncidence, à des dates si rapprochées, est un témoignage certain de l'importance et de l'intérêt qui s'attachent à l'étude de cette maladie, meurtrière entre toutes, et dont l'histoire, toujours controversée, présente encore bien des points obscurs que de nombreux travaux n'ont pu parvenir à éclairer d'une manière entièrement satisfaisante. La question du diagnostic, par exemple, est loin d'être envi-

sagée d'une manière identique par tous les praticiens. Simple et facile pour les uns, elle est difficile et compliquée pour les autres. Il en est de même du pronostic. Si quelques médecins croient à la possibilité de guérir la méningite tuberculeuse, d'autres la nient absolument, et, pénétrés du sentiment de leur impuissance, assistent inactifs à la marche fatale de la maladie. Pratique déplorable qui a pour effet, non-seulement de nuire aux progrès de l'art, mais encore de jeter le découragement dans l'âme des familles.

En présence d'opinions si complètement divergentes, il peut y avoir quelque utilité à faire connaître les faits dont l'heureuse issue semble donner raison aux praticiens qui, soutenus par une lueur d'espérance, si faible qu'elle soit, regardent comme un devoir de lutter jusqu'au bout. C'est ce qui m'engage à vous communiquer l'observation suivante. J'en déduirai ensuite les conclusions pratiques qu'elle comporte.

Observation. — Jenny Martin, âgée de quatre ans et demie, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique sans exagération, enfant blonde et rose, d'un esprit vif et précoce, s'est toujours bien portée, sauf quelques bobos auxquels on n'attachait pas d'importance, tels que rhumes passagers, qui cédaient facilement à de petites doses d'ipéca. Elle a eu; il y a deux ans, quelques boutons d'impétigo sur le cuir chevelu, avec engorgement des ganglions cervicaux, qui disparurent assez rapidement sous l'influence de l'huile de foie de morue combinée avec le sirop anti-scorbutique. Son père est de petite taille, d'une constitution chétive, s'enrhumant facilement et, quoiqu'il n'ait jamais été sérieusement malade, ses indispositions l'empêchent parfois, pendant quelques jours, de travailler à son état de plâtrier. Enfin, son grand-père maternel est mort, il y a peu de temps, d'un vieux catarrhe pulmonaire.

Depuis un an, la petite Jenny paraissait en pleine santé lorsque, vers les derniers jours de novembre 1871, on remarqua qu'elle perdait l'appétit, en même temps que se manifestait un changement notable dans son caractère qui, d'enjoué et aimable, devint inquiet, maussade, irascible même parfois. La moindre contrariété l'irritait et elle délaissait complètement ses jeux. Elle se plaint de douleurs de tête qui l'exaspèrent le soir; bientôt surviennent des vomissements que n'explique aucun écart de régime. Cet état durant depuis trois ou quatre jours, je fus appelé le 2 décembre.

A ma première visite, je fus frappé de cet état de tristesse auquel je n'étais pas habitué. Il y avait des douleurs céphalalgiques peu vives, fièvre modérée. La moindre boisson était aussitôt rejetée par les vomissements. Il y avait également constipation. Le soir, tous ces symptômes ont augmenté d'intensité. La fièvre est forte; le pouls qui le matin était à 80, est monté à 110. Chaleur à la peau; les joues pâlissent et rougissent alternativement. Je prescris tout d'abord un lavement avec de l'huile de ricin et, pour le lendemain matin, 15 centigrammes de calomel. En même temps, je conseille la continuation des compresses d'eau sédative sur le front qu'on avait déjà appliquées depuis la veille.

Le 3, le calomel a été vomi; mais le lavement a entraîné quelques selles. La céphalalgie a diminué; l'agitation de la veille a fait place à un calme relatif, avec tendance à l'assoupissement. Mais, le soir, tous les symptômes s'exaspèrent de nouveau. Les vomissements n'ont pas discontinué. La malade fuit la clarté du jour; ses pupilles sont contractées; elle s'agite beaucoup et sa figure exprime la souffrance. Lavement avec 70 centigrammes sulfate de quinine à prendre en deux fois; vésicatoires aux jambes; continuation du calomel à la dose de 10 centigr. chaque quatre heures.

Le lendemain et le surlendemain, les accidents paraissent

s'amender. Les vomissements diminuent ; néanmoins, la constipation persiste. La petite malade se plaint un peu moins ; elle est moins agitée, mais elle reste le plus souvent plongée dans une somnolence dont elle n'est tirée que par l'application de sinapismes. Pouls irrégulier, variant entre 100 et 110. Alternatives de froid et de chaud. Encore un peu d'exacerbation le soir. Mêmes prescriptions.

Le 6, l'agitation reparaît avec plus de force, les douleurs de tête sont plus vives et arrachent des cris à la patiente. Calomel, 10 centigrammes chaque trois heures. Glace sur la tête.

Le 7 et le 8, l'agitation a fait place à une torpeur d'où l'on ne peut que difficilement tirer la petite malade. Les yeux sont fixes, les pupilles dilatées et insensibles à la lumière. Respiration entrecoupée de profonds soupirs. Pouls ralenti et faible. Le calomel entraîne quelques selles diarrhéïques, mais sans amener d'améliorations.

Le 9, le coma est profond. Bientôt apparaissent dans la journée des convulsions qui, commençant par le bras et la jambe gauche, ne tardent pas à gagner les membres de l'autre côté, et augmentent rapidement de fréquence et d'intensité. En même temps la tête se livre à des mouvements de va-et-vient continuels.

Pénétré de l'immense gravité de cette situation et prévoyant très-prochainement une issue fatale, je fais tout de suite raser la tête et j'applique sur toute la surface du cuir chevelu un large vésicatoire, qui le couvre comme une calotte.

Le lendemain 10, j'ai la satisfaction et la surprise de constater une amélioration sensible. La petite malade est calme, ses yeux sont fermés, elle semble dormir d'un sommeil paisible. Dès le soir, elle paraît se réveiller par moments pour retomber bientôt après dans une espèce de somnolence. Elle fait entendre quelques faibles plaintes : enfin, on comprend qu'elle reprend peu à peu connaissance.

Le 11, les yeux sont complétement ouverts; mais on s'aperçoit que la malade ne voit pas. Elle entend, mais difficilement; elle répond à peine aux questions qu'on lui fait.

Les jours suivants, elle reprend un peu son enjouement; mais la cécité persiste. La petite malade, qui peut rester quelques moments assise sur son lit, porte ses mains en avant et à tâtons pour saisir les objets qu'on lui présente, surtout la nourriture, bouillons et légers potages, qu'elle demande avec avidité.

Cet état va s'améliorant pendant les deux semaines qui suivent. Le vésicatoire est entretenu et fournit un peu de suppuration. La vue et l'ouïe reviennent lentement et tout semble annoncer une convalescence très-prochaine et franche, lorsque, vers les premiers jours de janvier, Jenny Martin redevient languissante et perd de nouveau l'appétit. Il y a de la fièvre et tendance à l'assoupissement. Ces phénomènes s'accentuent bientôt au point de donner de nouvelles inquiétudes aux parents.

Le 10 janvier, reparaissent les vomissements et la constipation. L'enfant est agitée, se plaignant beaucoup de douleurs de tête. Cet état acquiert bientôt un caractère de gravité de plus en plus alarmante jusqu'au 15. Le calomel pris comme ci-dessus n'a amené aucune amélioration. A cette dernière date, la petite malade est plongée dans un coma complet. Elle n'entend ni ne voit. Application nouvelle d'un large vésicatoire sur le crâne.

Sous l'influence de ce moyen énergique, il s'est fait un changement des plus favorables. Tous les phénomènes morbides se sont rapidement amendés. L'enfant reprend peu à peu tous ses sens. L'ouïe d'abord, puis la vue reviennent, mais lentement. La convalescence s'établit lente et pénible, mais sans nouvel accident. Quatre semaines se sont écoulées avant que la malade ait pu recouvrer l'usage de ses jambes et se rétablir entièrement.

Depuis sept ans que les faits ci-dessus se sont passés, la

guérison ne s'est pas démentie un seul instant. La petite Martin, que je vis deux ans plus tard, en juillet 1873, pour une légère indisposition, est aujourd'hui bien portante, et la maladie cérébrale n'a laissé chez elle absolument aucunes traces.

En présence de ce résultat aussi heureux qu'inattendu, la première question qu'on est porté à se poser est celle-ci : la maladie dont je viens de raconter l'histoire était-elle bien une méningite tuberculeuse? C'est qu'en effet, si peu de médecins croient à la possibilité de la guérison dans les cas bien confirmés, que le doute est bien permis. Malgre les exemples publiés par un assez grand nombre d'auteurs recommandables parmi lesquels il faut citer particulièrement Charpentier, Hahn, Rilliet, Voyel, Woillez, etc., beaucoup d'autres, non-seulement avouent n'avoir jamais vu guérir un seul malade bien et dûment atteint de méningite tuberculeuse, mais encore ils ne croient pas à l'authenticité des faits rapportés. D'après eux, le diagnostic serait, dans ces cas, erroné et la guérison imparfaite, en ce sens que les malades, qui paraissent guéris, restent exposés à des récidives plus ou moins prochaines, à des accidents plus ou moins graves. Une opinion aussi absolue me paraît exagérée ; j'aime mieux me ranger à l'avis de ceux qui (Jaccoud, Hahn, Rilliet) croient à la curabilité de cette affection : assez fréquente dans la première période; très-rare, tout à fait exceptionnelle, mais non absolulement impossible dans la seconde.

L'observation que je viens de lire est un exemple sinon des plus probants, du moins des plus probables de la possibilité de cette guérison. Ne présente-t-elle pas, en effet, tous les caractères classiques de la méningite tuberculeuse : invasion insidieuse, marche lente, succession des phénomènes morbides, fièvre modérée presque nulle, en dehors des exacerbations vespérales des premiers jours, vomissements fréquents, constipation opiniâtre, coma, troubles de la vision, cécité complète persistant pendant plusieurs jours, alors que

tous les autres symptômes ont cessé? Le fait lui-même de la rechute survenue dix jours après une guérison que l'on pouvait croire complète, cette réapparition lente et progressive des phénomènes cérébraux, n'indiquent-ils pas l'existence d'une cause de nature probablement spécifique dont l'action a persisté?

Je sais bien que le diagnostic de la maladie qui nous occupe présente, le plus souvent, de grandes difficultés. Et je ne saurais, sur ce point, partager la confiance des médecins qui le regardent comme une chose simple et facile. Cette opinion, qui est celle de Niémeyer, a été soutenue, dernièrement, par notre collègue M. Ribell, dans la discussion qui a suivi la lecture de son Mémoire; mais elle est combattue par des hommes de talent et de grande compétence, parmi lesquels il suffit de citer Barrier, Hasse, Bouchut et Jaccoud. Pour ces auteurs « le diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse est un des points les plus difficiles et les plus obscurs de son histoire. »

Parmi les symptômes énumérés là-dessus, il n'en est, en effet, aucun qui soit véritablement pathognomonique. Ce n'est qu'en les groupant, en examinant la marche et la succession des phénomènes morbides, en les rapprochant des antécédents individuels ou héréditaires, qu'on parviendra à différencier cette affection de celles qui peuvent lui ressembler par certains symptômes semblables. Or, nous avons vu que le grand-père maternel de notre petite malade avait succombé à une vieille bronchite; que son père est d'une constitution faible, délicate, et s'enrhume fréquemment. La petite Jeanne elle même a présenté, Il y a un an environ, des symptômes de scrofule. J'ajoute, enfin, et c'est une circonstance à noter, que la mère est morte folle en décembre 1875. Or, Rilliet et Barthez, et après eux Jaccoud, signalent comme étant particulièrement prédisposés à la méningite tuberculeuse les enfants issus de parents aliénés. Quoique cette femme n'ait succombé à son affection mentale ou cérébrale que quatre ans après la ma-

adie de sa fille, on ne peut nier cette influence héréditaire indirecte admise par tous les auteurs. Toutes ces considérations réunies suffisent, ce me semble, pour confirmer le diagnostic que j'ai porté et justifier le nom que j'ai donné à la maladie.

Disons maintenant un mot du traitement. On ne peut nier que tous les efforts de la thérapeutique viennent le plus souvent échouer contre cette redoutable affection dont la mort est la terminaison la plus ordinaire. Mais de ce que l'homme de l'art a eu trop fréquemment à constater l'inanité des moyens employés, est-ce à dire pour cela qu'il doive rester inactif et assister, en quelque sorte, les bras croisés à la marche fatale de la maladie? Non, sans doute. Nous devons lutter jusqu'au dernier moment, ne serait-ce que pour donner un peu d'espérance aux parents, alors même que nous n'en avons aucune. Ainsi faisait Trousseau. J'ai déjà dit, d'après le témoignage des auteurs les plus recommandables, que la méningite tuberculeuse est, même dans des cas très-graves, susceptible de guérison. Cette pensée doit nous soutenir dans notre tâche et éloigner de nous un découragement qui aurait pour effet de paralyser notre bonne volonté.

Deux éléments sont à considérer dans la méningite tuberculeuse : l'élément inflammatoire et l'élément diathésique. C'est contre le premier surtout que sont dirigés les moyens thérapeutiques mis en usage. Ils sont externes et internes. A l'extérieur, les émissions sanguines locales ne doivent être pratiquées qu'avec la plus extrême réserve, car on sait que les enfants supportent mal les pertes de sang. Tout au plus peut-on y avoir recours chez les enfants exceptionnellement vigoureux et lorsque les symptômes de début présentent un caractère d'acuité remarquable. Quant aux saignées générales, elles doivent être rigoureusement proscrites.

Les applications froides sur la tête au moyen de la glace peuvent donner d'excellents résultats; c'est un moyen qu'il ne faut pas négliger.

J'en dirai autant des révulsifs cutanés dont l'action énergique est d'un puissant secours dans le traitement de cette maladie. Je place en première ligne le vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu préalablement rasé, et couvrant comme d'une calotte, le crâne tout entier. Certes, le moyen est violent, il peut paraître cruel même, et je ne répondrais pas que toutes les mères puissent l'accepter aisément ; mais peut-on hésiter un instant quand il s'agit de la vie d'un enfant prête à vous échapper ? L'emploi de l'emplâtre épispastique a été préconisé surtout par Charpentier, qui l'appliquait dès le début des accidents. Bessières, Balfour, Gendrin, ont attribué à ce moyen une large part dans les guérisons qu'ils ont obtenues ; ce dernier recommande comme condition essentielle que le vésicatoire recouvre presque tout le cuir chevelu. Je suis convaincu, pour ma part, que je dois à cette application d'avoir sauvé ma jeune malade.

Il est un autre agent révulsif qui, employé depuis longtemps, a été de nouveau préconisé par Hahn : ce sont les frictions avec la pommade stibiée, pratiquées sur le sommet de la tête (15 gr. de tartre stibié pour 30 gr. d'axonge). Rilliet, de son côté, afin de la rendre plus énergique et d'obtenir une révulsion plus intense, ajoute à la pommade stibiée de l'huile de croton tiglium dans les proportions suivantes : huile de croton tiglium, 1 gr. 50 cent.; tartre stibié et axonge, 3 gr. de chaque. Il faut avoir le soin, quel que soit le moyen qu'on emploie, vésicatoire ou frictions stibiées, d'entretenir la suppuration jusqu'à amendement complet des accidents.

A l'intérieur, on a préconisé un grand nombre d'agents et des plus divers, drastiques, mercuriaux, iodure de potassium, etc. Mais, hâtons-nous de le dire, il n'en est aucun dont l'efficacité ait été sérieusement et incontestablement reconnue. Il en est un, pourtant, qui me paraît mériter une mention particulière, c'est le calomel. Ce sel mercuriel est de tous les médicaments celui qui a été le plus

souvent employé. Plusieurs auteurs lui ont attribué une large part dans les guérisons qu'ils ont obtenues ; d'autres ont nié son efficacité. Pour ma part, j'ai dans cette préparation une certaine confiance. Je l'ai fréquemment employée dans tous les cas de méningite, soit franche, soit tuberculeuse, et elle m'a rendu des services. Mais je crois que, seule, elle est insuffisante et qu'il faut ajouter à son emploi celui d'agents externes d'une certaine énergie.

On peut, jusqu'à un certain point, expliquer l'action thérapeutique du calomel dans la méningite, de quelque nature qu'elle soit. Il agit de plusieurs façons : « Il exerce d'abord une dérivation salutaire sur le tube intestinal ; il fait disparaître la constipation ; puis il diminue la placticité du sang, augmente la plupart des sécrétions et facilite la résorption de l'épanchement. » (Hahn). Ces propriétés lui ont valu une certaine faveur et une place particulière dans le traitement de la maladie qui nous occupe. On donnera ce remède à dose fractionnée, mais assez considérable : 10 centigrammes toutes les trois heures, pendant quatre ou cinq jours seulement. Une dose plus élevée pourrait présenter de sérieux inconvénients et occasionner même des accidents plus ou moins graves du côté de la bouche.

L'iodure de potassium compte aujourd'hui un certain nombre de prosélytes. On l'a donné non-seulement pour modifier l'état constitutionnel, mais encore pour combattre les accidents de la méningite. Mais si ce moyen thérapeutique a de nombreux partisans, il a aussi de nombreux détracteurs. Archambault, Rilliet et Barthez disent n'en avoir jamais obtenu de résultats favorables ; le premier affirme même que, chez les malades à qui on l'a administrée, la terminaison funeste a été plutôt rapprochée qu'éloignée.

J'ai employé une seule fois et avec succès l'iodure de potassium dans les circonstances suivantes : Je fus appelé, il y a quatre ans, en toute hâte, rue du Taur, pour un enfant qui, disait-on, se mourait. Le médecin de la famille le disant perdu l'avait abandonné. Les parents désolés, dont

c'était l'unique fils, vinrent me supplier en grâce de le voir. Je me rendis à leurs instances et je trouvai, en effet, un enfant d'un an, à tête volumineuse, qui me parut être à la dernière période d'une méningite. Il était plongé dans le coma le plus complet; ses yeux étaient convulsés en haut, à demi fermés, insensibles à la lumière; tout un côté de son corps était le siége de mouvements convulsifs fréquents; le pouls était faible et irrégulier; une sueur froide couvrait son corps. Quoique en l'absence du médecin traitant, que j'avais pourtant fait prévenir, je ne crus pas devoir m'abstenir. Je conseillai, plutôt par acquit de conscience que dans l'espoir d'un résultat quelconque, l'application immédiate d'un large vésicatoire sur le crâne, préalablement rasé, et je me retirai sans conserver, je l'avoue, aucune espérance, convaincu que le petit malade succomberait dans la nuit. Je fus agréablement surpris quand on vint m'annoncer, le lendemain matin, que l'enfant, loin d'être mort, paraissait aller mieux. Je le vis, et je constatai, en effet, une amélioration très-sensible. Le coma avait cessé, les convulsions également, et le malade faisait entendre quelques plaintes. En même temps le pouls, devenu plus régulier, s'était relevé. Ce mieux augmenta les jours suivants, mais je constatai bientôt que l'enfant ne voyait pas. Cette cécité dura plusieurs mois. J'avais conseillé, dès le premier jour qui suivit l'amendement des accidents, l'iodure de potassium. Ce remède fut continué pendant longtemps, avec l'assentiment du docteur Atoch, à qui le petit aveugle fut présenté, et c'est sous l'influence de ce traitement que la vue s'est peu à peu rétablie. L'enfant, que je vois de temps en temps, se porte aujourd'hui très-bien; mais il présente dans son langage, aussi bien que dans ses manières, une sorte d'exaltation qui, jointe au volume un peu fort de sa tête, m'inspire des craintes pour l'avenir. Vous me pardonnerez, Messieurs, cette digression qui n'est pas, ce me semble, sans quelque intérêt, et qui démontre que l'iodure de potassium peut

être utile dans certains cas. Dans l'espèce, il a agi à la longue en favorisant et activant la résorption de l'épanchement produit par la méningite, peut-être en combattant l'état scrofuleux du sujet.

Je laisse de côté la longue liste des autres moyens divers proposés, énumération inutile et fastidieuse qui n'aurait d'autre effet que de montrer leur parfaite inanité.

Il n'entre pas dans mon sujet de parler du traitement prophylactique qui s'adresse surtout à la diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse. Ce traitement consiste dans un ensemble de moyens, hygiéniques ou thérapeutiques, propres à fortifier et développer la constitution des enfants menacés de tuberculose et les soustraire ainsi aux influences morbifiques auxquelles les expose leur prédisposition, soit acquise, soit héréditaire. Il exige de la part du médecin, avec une longue constance, beaucoup d'expérience et de tact.

Je termine par les conclusions suivantes :

1° La méningite tuberculeuse, même à une période avancée, est susceptible de guérison. Le médecin ne doit donc jamais désespérer et, loin d'abandonner la maladie à elle-même, il luttera jusqu'au bout ;

2° Le traitement que l'expérience a jusqu'à présent démontré comme le plus avantageux consiste dans l'emploi du calomel à dose fractionnée et dans l'application sur le cuir chevelu, préalablement rasé, d'un large vésicatoire dont on entretient la suppuration tant que besoin est.

FÊLURE DE L'OCCIPITAL,

FRACTURE TRANSVERSALE DU ROCHER DROIT ; CONTUSION DU LOBE FRONTAL GAUCHE, PAR CONTRE-COUP ; TROUBLES DANS LES MOUVEMENTS DES YEUX ;

Par le Docteur E. TACHARD.

L'étude des fractures du crâne a toujours avec raison beaucoup intéressé le public médical. Les récentes études de U. Trélat, de Félizet, les recherches sur les localisations cérébrales ont jeté sur cette question une assez vive lumière, qu'il faut encore rendre plus grande en s'appuyant sur les données de l'observation.

Dans ces derniers jours nous avons reçu dans notre service un homme atteint de fracture du crâne ; cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre, et nous a semblé digne de vous être communiquée.

Le 1er novembre 1878, un soldat du 18e d'artillerie, C... fut trouvé étendu et sans connaissance dans l'écurie ; il perdait du sang par l'oreille droite en abondance, et comme il était seul de garde d'écurie, nul ne sait comment l'accident est arrivé.

Il fut apporté immédiatement à l'Hôpital militaire ; à son arrivée, une heure environ après l'accident il avait repris connaissance, répondait aux questions qu'on lui adressait, mais ne pouvait donner aucun renseignement sur les causes de son accident.

Sa face est pâle, il a des efforts de vomissements, il y a otorrhagie, mais aucun trouble dans la mobilité. Le pouls est lent, 40 pulsations. En l'examinant avec soin, on trouva une petite bosse sanguine au niveau de l'apophyse mastoïde droite, mais aucune lésion aux téguments.

Dans l'après-midi, commença à se produire un écoulement abondant de sérosité rougeâtre par l'oreille droite. La nuit fut bien calme.

Le 2 novembre, le pouls est à 60, la température est de 37° 1. — L'écoulement de sérosité continue, il est abondant, et dans la journée nous pouvons en recueillir 125 gr. dans une éponge placée sous l'oreille. — La face est blême, prostration, intelligence conservée; force musculaire très-diminuée, mais aucune paralysie. — Soir : T. A. 38° 2.

3 novembre. l'écoulement de sérosité se fait presque goutte à goutte. Pouls 60. T. 37° 5. — Douleur de tête excessive, beaucoup plus intense que les jours précédents. Nous cherchons, mais sans y réussir, à constater, avec l'otoscope de Toynbee, si le tympan est perforé. En faisant moucher le malade l'écoulement s'exagère un peu; mais on n'entend pas siffler l'air dans l'oreille.

4 novembre. Nuit bonne; mouvements choréiques des deux globes oculaires. Dans l'après-midi, le liquide cesse de s'écouler.

5 novembre. Même état. Léger écoulement par l'oreille. Le malade demande à manger.

6 novembre. A la visite du matin, le malade va aussi bien que possible, et les craintes qu'on avait pu concevoir le 3 sur le développement d'une méningo-encéphalite pourraient se dissiper, si le thermomètre n'accusait. 39° — A 2 heures 1/2, le médecin de garde est appelé en toute hâte, il trouve C... dans le coma qui a succédé à quelques mouvements convulsifs. La température du malade est alors de 41°. A 3 heures, l'agonie se termine par la mort.

Cette observation peut se résumer ainsi : chute sur l'occiput, commotion cérébrale de peu de durée, fracture du rocher probablement transversale, méningo-encéphalite. Tel fut notre diagnostic; mais l'autopsie pouvait seule nous tirer d'embarras relativement aux deux points suivants : comment a eu lieu la chute? Quelle est la nature du liquide qui s'est écoulé pendant la vie?

Le 7 novembre, nous pratiquons l'autopsie avec le plus grand soin.

Après avoir fait une incision allant d'une oreille à l'autre, et passant par le sommet de la tête, nous trouvons une ecchymose profonde et étendue au niveau de l'apophyse mastoïde du côté droit.

Nous donnons un coup de scie circulaire à la boite crânienne pour mettre à nu les méninges. La dure-mère incisée, nous trouvons l'arachnoïde infiltrée, poisseuse au toucher. Au niveau de la petite aile du sphénoïde et dans la région frontale gauche, au point diamétralement opposé à la fracture, nous constatons une ecchymose très-étendue de la pie-mère.

Enlevant ensuite l'ensemble de la masse cérébrale, nous constatons les lésions suivantes : la pulpe du lobe frontal gauche est transformée en bouillie; en enlevant avec un filet d'eau ces parties ramollies, il reste une excavation anfractueuse ; autour de ce foyer, en incisant le cerveau, on trouve la substance cérébrale infiltrée d'une matière colorante jaune, identique à celle qu'on trouve dans tous les foyers contus. Enfin, autour de ce point contusionné, qui a le diamètre d'une pièce de cinq francs en argent, existent dans le lobe temporal quatre autres petits points contus de la dimension d'une noisette.

Du côté du cervelet, dans le point correspondant à la fracture, par suite au niveau de la surface du lobe droit, on constate un petit abcès, siégeant au centre d'un foyer contus infiltré de sang.

Rien de bien particulier à noter du côté des méninges de la base du crâne, sauf l'abondance et la couleur louche du liquide céphalo-rachidien.

Passant à l'examen du squelette, nous trouvons :

1° Une fracture intéressant les deux tables de l'os, partant de la suture pariéto-occipitale, gagnant l'apophyse mastoïde, qui est divisée à l'union du quart postérieur avec les trois quarts antérieurs, traversant le sinus latéral obli-

quement et s'arrêtant à un centimètre au-dessous du conduit auditif interne, au-dessus du trou déchiré postérieur ;

2° Un second trait de fracture partant du trou sphéno-épineux, se dirigeant pendant un centimètre obliquement en arrière, puis coupant transversalement le rocher à un centimètre en arrière et au-dessus du conduit auditif interne et allant se perdre sur le bord supérieur du rocher, suivant la direction du sinus pétreux supérieur.

L'oreille interne est ainsi obliquement fracturée, et l'oreille moyenne se trouve en large communication, par l'apophyse mastoïde, avec le foyer de la fracture.

Tels sont les désordres constatés qui ont entraîné la mort; pris dans leur ensemble, ils ont un sens si clair qu'il nous semble permis d'admettre que les faits ont dû se passer de la manière suivante :

Chute sur l'occiput déterminant la fracture de l'occipital; après ce premier temps, par suite de la vitesse acquise, la partie antérieure du rocher adhérant intimement à l'apophyse basilaire, et y étant retenue par le ligament pétro-basilaire, s'est fracturée en biseau, au niveau de son point faible correspondant à l'oreille interne.

La fracture du rocher s'est donc produite secondairement à la fêlure de l'occipital, par le mécanisme du porte-à-faux.

Enfin, comme conséquence classique de cette fracture, nous avons trouvé encore une contusion remarquable du lobe frontal, et une attrition du cervelet dans le point correspondant au foyer de la fracture.

La nature du liquide qui s'est écoulé pendant la vie de ce malade prêterait ici à certaines discussions sur sa nature. En examinant notre pièce pathologique, en voyant cette apophyse mastoïde infiltrée de sang, largement divisée, en tenant compte de la teinte rosée qu'a toujours gardée le liquide recueilli, il nous semble admissible que nous avons eu là affaire à de la sérosité, provenant du sang épanché et filtrant par la fracture. On sait que telle était l'opinion de Laugier, et comme nous n'avons pas observé de déchi-

ure aux méninges permettant l'issue du liquide céphalo-achidien, nous sommes très-portés à admettre l'opinion de Laugier.

Voici, du reste, les résultats de l'analyse chimique faite par M. Grellity, pharmacien aide-major à l'Hôpital militaire; nous transcrivons la note qu'il a bien voulu nous fournir : « Le liquide est plutôt un mélange de sang et de liquide encéphalique, que de liquide céphalo-rachidien proprement dit. Il est fortement alcalin; renferme beaucoup d'albumine. On y trouve en outre des chlorures et carbonates alcalins, des traces de phosphates. »

Cette observation mérite encore d'attirer l'attention au point de vue des localisations cérébrales. Nous n'avons observé que quelques troubles du côté des yeux ; ceux-ci ont été atteints de mouvements choréiques, mais nous n'avons observé aucun autre trouble fonctionnal. Pour expliquer les mouvements irréguliers des globes oculaires, il n'y a qu'à se souvenir des expériences de Feré, qui ont démontré que c'est au niveau du plicourbe que correspond le centre du mouvement des yeux.

En tenant compte du siége de la fracture sur l'occipital, on conçoit l'effet secondaire de la lésion osseuse sur la partie avoisinante de la masse cérébrale.

Cette observation confirme donc entièrement les données nouvelles de la physiologie expérimentale, puisque les troubles moteurs n'ont porté que sur la sphère de motricité de l'œil, et que les lésions anatomiques n'ont intéressé que le point de l'écorce cérébrale qui est considéré comme le centre des mouvements de l'œil.

DE
L'INNOCUITÉ DES PONCTIONS MULTIPLES DE LA VESSIE
A L'AIDE DE L'ASPIRATEUR DIEULAFOY, DANS LES CAS DE RÉTENTION COMPLÈTE D'URINE,

Par M. le docteur DAZET.

L'introduction des appareils aspirateurs dans l'arsenal thérapeutique a, dans maintes circonstances, rendu la tâche du praticien beaucoup plus facile, et épargné au malade bien des souffrances.

Vous retracer la série d'affections où leur application a été jugée opportune et efficace, serait peine perdue, car il n'est aucun de vous qui ne soit au courant des progrès réalisés par cette nouvelle méthode; nous pourrions même ajouter, qui n'ait eu à se féliciter de leur emploi dans le cours de sa pratique.

Ce n'est donc pas dans le but de grossir, par un nouveau fait, la liste déjà longue des succès consignés dans la presse scientifique, que nous venons, en ce moment, réclamer votre bienveillante attention. Ce n'est pas non plus pour faire ressortir à nouveau l'utilité de ces précieux instruments, incontestable aujourd'hui dans certains cas morbides, où leur emploi est presque devenu indispensable.

Nous venons seulement mettre en évidence un avantage qui n'a pas encore été assez mis en lumière : nous voulons parler de l'innocuité des ponctions successives de la vessie, pratiquées à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy, dans le cas de rétention complète d'urine.

C'est à faire ressortir ce point pratique que tend l'observation suivante, qui nous a paru intéressante non pas tant à cause du traitement qui a été employé, car la même méthode a été utilisée avec succès dans des cas de même nature, mais bien à cause de l'innocuité des ponctions ré-

pétées de la vessie, qui ont atteint le chiffre de trente-cinq, sans jamais avoir occasionné le moindre accident, ni provoqué la plus légère complication.

Vers la fin du mois de juillet dernier, nous fûmes appelé en toute hâte dans la matinée, place Dupuy, pour visiter le nommé X... qui, depuis la nuit dernière, éprouvait d'atroces souffrances, provoquées par une rétention d'urine.

A notre arrivée, nous trouvâmes le malade accroupi sur le vase et dans l'impossibilité d'expulser une seule goutte de liquide. La vessie, énormément distendue, remontait à deux ou trois centimètres près de l'ombilic.

Le patient nous raconta que, depuis quelque temps, il était obligé de se lever deux et trois fois dans la nuit pour uriner; quelquefois même, pendant le jour, la miction était plus fréquente que d'habitude; mais toujours cet acte s'accomplissait sans gêne ni douleur.

D'une sobriété poussée à l'excès, d'une conduite exemplaire, même pendant sa jeunesse, il ne pouvait s'expliquer la cause de cette rétention, qui était survenue d'une manière subite.

Nous n'avons pas été plus heureux nous-même lorsque nous avons cherché à nous rendre compte de cet accident. La prostate était bien engorgée; mais cet engorgement, conséquence probable d'une congestion hémorrhoïdale du côté de l'anus, chez un homme de cet âge, cinquante ans au plus, n'était pas suffisant pour expliquer cette rétention complète.

Le genre de vie du malade écartait également toute espèce de rétrécissement organique du côté du canal de l'urètre. Etait-ce un spasme du col vésical, une irritabilité de la vessie, que les efforts violents du malade pour expulser l'urine n'avaient fait qu'exaspérer? Etait-ce la présence de quelque valvule, ou bien uniquement la distension énorme de la vessie qui avait détruit le parallélisme du canal de l'urètre, au point d'empêcher la sortie de la moindre goutte d'urine, circonstance qui pouvait empêcher

également le passage de la sonde, lors de la pratique du cathétérisme? Toutes ces hypothèses étaient possibles avant l'introduction de la sonde.

Aussi, tant pour soulager le malade que pour nous rendre compte, si c'était possible, de la nature de l'obstacle, nous avons cherché à faire passer une sonde, d'abord, en gomme à petite et à forte courbure, en métal, la sonde même coudée de Mercier, toutes nos tentatives ont été stériles. Un bain est alors ordonné et, en même temps, une potion au bromure de potassium, pour calmer l'éréthisme nerveux et la susceptibilité du malade, qui pouvait à peine supporter le contact de la sonde.

A notre seconde visite, qui eut lieu deux heures après, immédiatement après la sortie du bain, nous ne fûmes pas plus heureux qu'à la première dans nos tentatives de cathétérisme.

Nous réclamons alors l'assistance et les lumières d'un confrère. Choisi par la famille, M. le professeur Noguès, praticien consommé et d'une habileté pratique incontestable dans les maladies des voies urinaires, se rendit immédiatement à notre appel, et essaya, à son tour, de sonder le malade; mais, malgré toute son adresse et sa longue expérience, il ne réussit pas à pénétrer dans la vessie. Un obstacle invincible siégeait à la région prostatique de l'urètre, empêchant tout passage de la sonde, introduite toujours avec la plus grande prudence et la plus grande modération.

Un nouveau bain est prescrit et, vers quatre heures, nous nous rendons de nouveau près du malade. Cette fois, comme l'autre, le même échec nous est réservé. Ne voulant pas pénétrer de force dans la vessie, ni lutter contre la volonté du patient, qui se refuse à toute nouvelle exploration, nous renvoyons à sept heures du soir une nouvelle tentative de cathétérisme avec promesse, toutefois, dans le cas de non réussite, d'employer un moyen infaillible, non douloureux, pour vider la vessie, cause unique de ses souffrances. En ce moment-là, notre intervention fut également impuissante.

Aussi ne pouvant plus différer, sans inconvénient, l'évacuation de la vessie, déjà par trop distendue, nous faisons, séance tenante, une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy, muni de l'aiguille n° 2.

A mesure que le liquide urinaire s'écoule, le patient, naguère complètement découragé et convaincu d'une fin prochaine, reprend un peu d'espoir avec le calme que lui procure l'écoulement intermittent de l'urine.

Le liquide extrait, dans la proportion de deux litres à deux litres et demi, est un peu louche, mais sans trace de pus ni de sang.

Immédiatement après la ponction, nous avons insisté de nouveau pour essayer le passage d'une sonde, avec l'intention de la laisser à demeure, une fois introduite, mais le malade s'est opposé énergiquement à toute tentative de ce genre, préférant une seconde ponction, dans le cas où elle deviendrait nécessaire.

Le lendemain, 27 juillet, à la visite du matin, à heure fixe, nous trouvâmes le malade encore très-souffrant ; il n'était pas non plus parvenu, malgré les efforts auxquels il s'était livré durant toute la nuit, à faire sortir une seule goutte d'urine.

Une seconde ponction est pratiquée comme la veille ; elle est suivie des mêmes effets : calme complet de la douleur et du malade, qui se montre tout réjoui du bien-être obtenu par cette petite opération.

Inutile de lui parler de cathétérisme.

Le soir, troisième ponction, même résultat.

Le lendemain, 28, deux autres ponctions sont encore faites, sans occasionner ni souffrances, ni la moindre inflammation du côté des voies urinaires.

Le 29, le même traitement est continué, le malade se refusant toujours obstinément à l'emploi de tout autre moyen.

Le 30 et jours suivants, jusqu'au 12 du mois d'août inclusivement, deux ponctions journalières ont été régulièrement pratiquées, et toujours dans un rayon très-circons-

crit, deux à trois centimètres au-dessus du pubis, ce qui porte, comme je l'ai déjà dit au début de ce travail, le nombre de ces ponctions au chiffre de 35.

L'écoulement de l'urine n'a commencé à se faire spontanément qu'à partir de la trentième, et ce n'est qu'après la trente-cinquième que le malade est parvenu à uriner à l'habitude, vidant chaque fois la vessie sans douleur ni souffrance. Depuis ce moment jusqu'à ce jour, il s'est toujours bien porté, et a repris ses occupations habituelles sans éprouver le moindre dérangement, tout disposé à recourir de nouveau à la ponction de la vessie, si les mêmes accidents venaient à se reproduire.

Jusqu'à ces derniers temps, et avant surtout l'invention de l'appareil aspirateur, la ponction de la vessie n'était pratiquée que comme moyen palliatif, destiné tout au plus à parer aux premiers accidents, en attendant que l'on pût utiliser les ressources ordinaires pour rétablir le libre cours de l'urine.

Depuis même l'apparition de cet instrument, soit par crainte d'amener ou de provoquer de nouvelles complications à la suite des ponctions multiples de la vessie, soit encore qu'une fois l'évacuation de l'urine obtenue par ce procédé, le passage de la sonde fût possible par les voies naturelles, la ponction avec l'aspirateur Dieulafoy a été tout au plus pratiquée six fois chez le même malade ; mais aujourd'hui, que ce mode opératoire est tout à fait inoffensif et que l'on peut, dans certains cas déterminés, même y recourir, jusqu'à ce que le cours de l'urine soit spontanément rétabli, nous pensons que ce mode de traitement est appelé à rendre les plus grands services et qu'il aura même le pas sur le cathétérisme, dans les cas d'engorgements prostatiques considérables, alors surtout que l'on est obligé de laisser une sonde à demeure, ou que son introduction présente de trop grandes difficultés.

L'heureuse intervention de l'appareil aspirateur, dans le cas qui nous occupe, nous porte aussi à comparer le résultat

acquis avec celui que nous aurions obtenu si, comme d'habitude, le patient avait pu supporter le cathétérisme, et que nous eussions pu introduire une sonde dans la vessie. Le séjour de l'algalie dans l'intérieur de cet organe, pendant un temps indéterminé, n'aurait-il pas amené quelque fâcheuse complication ? Aurait-il pu même être toléré par la vessie ? Tout nous porte à penser que, chez notre malade, la sonde à demeure aurait eu de sérieux inconvénients. Il était tellement nerveux, son moral était tellement frappé, que son séjour dans la vessie aurait infailliblement amené une inflammation ou, du moins, une irritabilité telle du col, que sa présence serait devenue impossible ; la fièvre même aurait pu en être la conséquence ; le catarrhe lui-même aurait pu en résulter, toutes choses qui auraient pu aggraver singulièrement sa situation. Aussi, bien que forcés par le mauvais vouloir du malade, nous estimons-nous fort heureux d'avoir employé, à l'exclusion de tout autre moyen, ce procédé qui nous a donné les plus heureux résultats, résultats que nous n'aurions peut-être pas obtenus aussi promptement par les moyens ordinaires.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE

Séance du 2 janvier 1879.

Présidence de M. MOLINIER, vice-président.

Présents : MM. Molinier, Naudin, Roque-d'Orbcastel, d'Auriol, Couseran, Armieux, Fontagnères, Terson, Delaye, Giscaro, Dazet, Peyreigne, Tachard, *secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée contient, outre les publications périodiques de Paris, de la province et de l'étranger, les deux

nouveaux journaux suivants : 1° *Escuela medica de Caracas*; 2° *Illustrirte Vierteljahrsschrift von Dr G. Beck* de Berne.

La correspondance manuscrite contient deux mémoires envoyés dans les formes académiques et destinés à concourir pour le prix J. Naudin. Le travail inscrit *ne varietur* sous le n° 1 porte pour devise: *Laboremus*; le second : *Ab unâ disco omnes.*

L'ordre du jour appelle la conférence du *primâ mensis.*

Appelé par ordre d'inscription au tableau à payer son tribut académique, M. Fontagnères lit un mémoire intitulé : *Un cas d'anévrysme de l'artère fémorale.*

Le malade, qui fait le sujet de cette observation, avait reçu à la cuisse un coup de feu, qui avait déterminé la formation d'un anévrysme. Le traitement fut institué d'abord par M. Ripoll à l'aide d'injections coagulantes qui restèrent sans résultat, et continué peu de temps après par M. Fontagnères, qui eut recours à la méthode de Girouard. Le malade mourut, et l'autopsie qu'il aurait été très-important de pratiquer ne put être faite.

Cette lecture est suivie d'une discussion entre MM. Fontagnères et Tachard. Ce dernier, tout en tenant compte des succès obtenus par Girouard, blâme d'une manière générale cette méthode de traitement, qui n'est qu'une ressource *in extremis*, un moyen d'action aveugle, fort peu sûr, fort peu recommandable selon lui.

M. le Président remercie M. Fontagnères de son intéressante communication.

La barre est mise au concours pour le grand prix de l'année, et pour le prix J. Naudin.

Les Commissions sont nommées et ainsi composées :

Prix annuel. Commissaires : MM. Faurès, Ripoll, Batut, Giscaro, Ribell, Garipuy, Mauri.

Prix J. Naudin. Commissaires : MM. Naudin, Filhol, Marchant, Baillet, Molinier, Armieux, Timbal-Lagrave fils.

Règlementairement, on institue la *Commission de révision des comptes*, elle est ainsi composée : MM. Lafosse, Cazac, Dop.

La Société décide que MM. Janot, Peyreigne et Terson iront rendre visite à notre collègue M. Lafont-Gouzi, atteint par une longue et cruelle maladie.

La séance est levée à 5 heures 50.

Séance du 11 janvier 1879.

Présidence de M. JANOT, président.

Présents : MM. Janot, Naudin, Couseran, d'Auriol, Jougla, Giscaro, Delaye, Peyreigne, Mauri, Caubet, Faurès, Terson, Garipuy, Tachard, *secrétaire général.*

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Lecture est faite des procès-verbaux des travaux d'intérieur.

La correspondance imprimée contient les publications habituelles.

Le rapport du *primâ mensis* est lu et adopté.

Appelé par ordre d'inscription au tableau à payer son tribut académique, M. Terson donne lecture d'un Mémoire intitulé : *De la Sclérotomie.*

Dans un travail concis, fait avec la netteté et la précision habituelle qu'il sait donner à tous ses écrits, M. Terson expose la valeur de cette nouvelle méthode opératoire, dont le but est de diminuer la tension intra-oculaire dans un assez grand nombre d'affections, et en particulier dans le glaucome.

Il est démontré aujourd'hui que la filtration physiologique de l'humeur aqueuse s'opère au niveau des dernières fibres sclero-ticales, là où elles vont se fusionner avec les élémeents de la cornée.

Si cette voie de filtration ne fonctionne plus, ce qui a lieu par l'effet de l'âge, la tension intra-oculaire augmente et le glaucome se produit. Cet accident s'observe surtout chez les hypermétropes dont la sclerotique est épaissie.

M. Terson étudie ensuite les autres causes d'accroissement de la sécrétion des humeurs de l'œil, il indique, chemin faisant, l'historique de l'iridectomie, et montre comment la production des cicatrices cystoïdes a conduit son maître de Weeker à pratiquer la sclérotomie.

Il décrit avec soin la méthode opératoire qui est simple, plus facile dans certains cas que l'iridectomie ; il fait ressortir ses avantages, son innocuité, il précise les cas où cette opération est indiquée, et montre que, dans les cas où la sclerotomie est insuffisante, l'iridectomie reste toujours un moyen de traitement possible.

Pour bien prouver la valeur de ces assertions, il présente une

de ses malades qui, atteinte de scléro-choroïdite, a subi d'abord l'iridectomie à l'œil droit et la sclérotomie à l'œil gauche Tandis que, du côté gauche, l'œil est normal et fonctionne physiologiquement, l'œil droit, au contraire, offre une perte de substance à l'iris, qui est irréparable et nuit à la régularité des traits et au fonctionnement de l'œil.

Après cette communication, M. le Président remercie M. Terson au nom de la Société.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Séance du 21 janvier 1879

Présidence de M. JANOT, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, Lafosse, Roque-d'Orbcastel, Giscaro, Ripoll, Caubet, Terson, Armieux, Faurès, Naudin, Garipuy, d'Auriol, Couseran, Jougla, Tachard, *secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Lecture est faite des procès-verbaux des travaux d'intérieur.

La correspondance imprimée contient, outre les publications périodiques habituelles de Paris, de la province et de l'étranger :

1° *Le Journal des Sciences médicales de Lille.* L'échange demandé est accepté.

La correspondance manuscrite contient un mémoire intitulé : *Siradan, ses Eaux minérales, leur action physiologique et leurs applications thérapeutiques*, par le docteur Régi. — M. Armieux rapporteur.

M. Garipuy donne lecture d'un résumé sur la marche des maladies qui ont régné à Toulouse, pendant l'année 1878. Ce travail est accompagné d'un relevé statistique fort intéressant sur la mortalité. L'auteur met surtout en évidence ce triste résultat de ses calculs, que le chiffre des décès dépasse dans des proportions inquiétantes le chiffre correspondant des naissances.

M. Armieux, tout en approuvant ce travail, fait remarquer que lorsqu'on compare la mortalité à Toulouse et dans les autres grands centres, on constate qu'à Toulouse la léthalité est plus faible que dans beaucoup d'autres villes. La tuberculose, par exemple à Toulouse et dans tout le Sud-Ouest, est moins meurtrière que dans d'autres zones.

M. Lafosse demande si la nourriture lactée ne pourrait pas,

dans quelques cas, être la cause de ce développement de la phthisie. On sait en effet que la vache laitière est souvent tuberculeuse ; et d'après, ses expériences, les produits tuberculeux sont contagieux par ingestion.

M. Armieux n'a pu porter ses recherches de ce côté ; mais il constate que le lait ne joue qu'un rôle minime dans l'alimentation des classes pauvres, et qu'il n'entre que pour une très-faible part dans celle des classes aisées. Le lait n'a donc qu'une petite part dans les problèmes à résoudre par l'hygiéniste.

M. Naudin trouve importante l'étude statistique faite par M. Garipuy, et demande que, conformément à nos statuts ce travail soit publié dans le compte-rendu annuel de la Société.

Tribut académique. M. Lafont-Gouzi, malade depuis longtemps, se fait excuser de ne pouvoir remplir ses obligations.

M. Garipuy fait sur *un cas de grossesse supposée extra-utérine* une communication qui provoque une discussion à laquelle prennent part MM. Ripoll, Molinier, Faurès et Lafosse.

Après cette discussion, M. le Président remercie M. Garipuy.

La séance est levée à six heures cinq minutes.

REVUE DES JOURNAUX ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Traitement des fractures compliquées de la jambe par les pansements antiseptiques. — Un homme âgé de trente-neuf ans, de constitution robuste, ayant eu déjà, il y a deux ans, une fracture de la jambe (qui s'est bien consolidée), est atteint d'une fracture de la même jambe, compliquée d'une plaie mesurant douze centimètres d'étendue, aux bords très-écartés, et siégeant sur la face interne et le bord interne et postérieur du tibia. Entre l'écartement des lèvres de la plaie, on voit les muscles à nu, l'aponévrose déchirée, et un énorme caillot sanguin s'y est formé. Le sang a coulé en abondance, et une bosse sanguine fait hernie à travers l'aponévrose. On peut craindre qu'il n'y ait une blessure artérielle de la tibiale postérieure ou d'une de ses branches. Toutefois, nous n'avons plus observé d'autre accident de ce côté.

Un premier mode de traitement pouvait être employé, comme il en existe plusieurs exemples dans nos salles. Il aurait consisté en une

obturation complète de la plaie avec du collodion et de la baudruche phéniquée, et l'application d'une gouttière plâtrée.

J'ai préféré prendre un autre traitement moins élémentaire, mais bien justifié par la gravité de la plaie ; ici, en effet, il y aura une exsudation abondante, et il ne serait pas prudent d'obstruer complétement cette plaie ; il est préférable de laisser au liquide la faculté de s'épancher à l'extérieur, tout en mettant la plaie à l'abri de l'air.

C'est pourquoi nous avons placé un opercule sur la plaie, mais sans l'y faire adhérer ; nous n'avons mis que de la baudruche pour empêcher la ouate de s'attacher à la surface saignante et aux bourgeons charnus ; nous n'avons donc pas fixé la baudruche avec le collodion.

Nous avons ensuite appliqué un appareil de Scultet, modifié de façon à en faire un pansement ouaté, c'est-à-dire qu'au lieu des deux plans du bandage ordinaire, nous en avons ajouté un troisième, composé de compresses de ouate. Cette disposition est plus commode que l'exécution du bandage ouaté ordinaire, qui exigerait des déplacements de l'os fracturé.

Sans doute, la réduction n'est peut-être pas parfaite ; car la face antérieure de la jambe est convexe à la suite de la première fracture, mais il est d'abord essentiel de traiter la plaie avant de s'inquiéter de la fracture elle-même.

Ces modifications légères au pansement des fractures compliquées ont, cependant, changé complétement le pronostic de ces traumatismes.

Autrefois, vers 1869, à Lariboisière, je me contentais d'employer la baudruche appliquée sur la plaie avec le collodion.

A cette occlusion immédiate nous avons ajouté, en cet hôpital, le lavage attentif et la désinfection de la plaie avec la pulvérisation d'acide phénique et les éponges imbibées d'acide phénique. Ensuite nous y ajoutons encore le pansement ouaté. Voilà donc, accumulé dans le même pansement, trois procédés dont chacun, employé isolément (occlusion, acide phénique, ouate), a donné des résultats satisfaisants. C'est ce qui me fait espérer que notre malade, quoique son état soit grave, aura le même sort que les sept malades du même ordre qui, l'an dernier, ont été traités dans nos salles par les mêmes procédés, et qui tous ont guéri sans présenter aucun accident.

Dr Vêtu, *Abeille méd.*, n° 6.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de janvier 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

Les affections qui se sont le plus souvent offertes à notre observation sont sensiblement les mêmes que celles que nous avons eu a traiter pendant le mois de décembre. La constitution médicale n'a donc pas varié.

Les pleuropneumonies, les bronchites, les angines, la grippe ont une prédominance marquée sur les autres maladies. La température froide et humide, et de plus excessivement variable, nous rend compte de la persistance des inflammations catarrhales, qui atteignent surtout les vieillards. C'est en grande majorité par elles que nous les voyons succomber ce mois-ci au nombre de 80, plus du quart de la totalité des décès. Il est cependant remarquable de voir que plusieurs d'entre eux avaient atteint un âge assez avancé. Nous en comptons en effet un ayant 97 ans, un deuxième, 94; un troisième, 92; sept avaient dépassé 85 ans, seize 80 ans, et les autres 70 ans.

Après les vieillards, les colonnes les plus remplies sont celles des jeunes enfants et des phthisiques, qui sont du reste atteints pour une grosse part, par ces mêmes influences climatériques.

Vous avez signalé aussi un assez grand nombre de fièvres typhoïdes, de fièvres muqueuses. Cependant, l'état civil n'accuse de ce chef que cinq décès.

La variole a continué de faire des victimes. Pendant ce mois, elles sont au nombre de 13, parmi lesquelles il n'y a que deux enfants ayant l'un 9 mois et l'autre 7 ans. L'âge des autres personnes décédées varie de 17 à 70 ans. La première quinzaine du mois en a vu mourir 9, et la deuxième 4 seulement, ce qui semblerait indiquer qu'il y a décroissance de la maladie. Ne nous berçons pas cependant de trop d'espoir et tenons-nous sur nosgardes.

L'hôpital militaire a dans ses salles plusieurs malades atteints d'oreillons et présentant en outre les accidents métastatiques qui accompagnent souvent ces affections.

Enfin, l'un de vous constate avec plaisir l'heureux effet des mesures qu'avait cru devoir prendre l'administration au sujet des chiens errants sur la diminution notable des cas de rage. Espérons que ces bons résultats deviendront un encouragement à maintenir ces mesures et à en poursuivre régulièrement l'exécution.

OBSERVATIONS météorologiques et nature des causes *l'Etat civil pendant le*

Altitude : 146 m.

Dates	Pression atmosphérique	Température de la journée max	Température de la journée min	Humidité relative	Pluie ou neige	Vents	Variole H.	Variole F.	Rougeole H.	Rougeole F.	Scarlatine H.	Scarlatine F.	Erysipèle H.	Erysipèle F.	Fièvre typhoïde H.	Fièvre typhoïde F.	Rhumatisme H.	Rhumatisme F.	Diphthérite ou croup H.	Diphthérite ou croup F.	Tuberculisation H.	Tuberculisation F.	Vieillesse H.	Vieillesse F.	Enfants d'un j. à un an
1	757, 2	13	7	63	.		.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	2	2	1	2
2	758, 6	14	6	65	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1	1
3	753, 0	13	3	62	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	3	1
4	751, 0	11	4	65	0,5		1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	.
5	759, 4	10	2	78	3,0		1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	2	.	2
6	754, 0	11	4	70	3,0		1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	1	.	2	1
7	752, 2	11	5	91	21,0		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	3	.
8	734, 0	11	4	85	2,5		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	3
9	740, 4	8	2	83	12,5		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1
10	740, 0	5	-3	86	4,0		.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	2
11	742, 6	9	1	79	1,0		.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	1	1
12	758, 2	10	3	75	4,0		1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	1	2
13	763, 0	7	-2	64	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	1	1
14	751, 5	4	-1	82	.		.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	.
15	757, 7	10	1	62	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	3	2	1
16	752, 0	11	2	57	.		1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	3	1	2
17	755, 5	10	5	69	0,5		.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	2	.	1	1	2	4
18	755, 2	10	6	67	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1
19	755, 0	12	5	74	2,0		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2	1	2
20	752, 0	9	1	42	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	1
21	743, 8	7	3	81	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	2	.
22	740, 0	12	5	74	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	2	2	3	3
23	743, 2	14	10	66	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	4	.	1
24	744, 0	15	9	69	.		.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	5	2
25	747, 0	15	8	86	0,5		1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	3	1	1
26	750, 0	12	5	77	14,0		.	1	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	3
27	755, 0	7	5	79	0,2		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	2
28	753, 4	7	6	91	1,0		1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	3	.
29	750, 4	10	6	86	1,0		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.
30	754, 8	13	6	84	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2
31	754, 8	12	2	90	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	3
MOYENNES DU MOIS :	750, 9	10	3	74	2,2		13		2		.		1		5		2		4		38		80		45

Total général des décès........

de DÉCÈS à Toulouse, d'après les déclarations faites à
mois de Janvier **1879.**

POPULATION ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants.		Hémorrhagie cérébrale.		Paralysies.		MALADIES DE L'APPAREIL — RESPIRATOIRE — Pleuro pneumonies		Bronchites		Chroniques		CIRCULATOIRE — Aiguës		Chroniques		DIGESTIF — Diarrhées. dysenterie.		Cholérine.		Suites de couches.	Affections chirurgicales		MORTS VIOLENTES — Accidentelles.		Volontaires.		Causes diverses.	
H.	F	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F
.	.	1	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	.	1	.	.	1	1	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	1	.	.	.	1	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	2	2
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	1
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	1	1
.	1	.	.	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1
.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	1	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	1	1
1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
4		7		6		17		4		11		.		9		1		.		5	8		1		3		32	

…mmes....... 128 }
…mes .... 126 } 299
…nes enfants.. 45 }

Naissances..... { Garçons........ 124 } 252
{ Filles.......... 128 }

Mort-nés...... { Garçons........ 5 } 11
{ Filles......... 6 }

CHRONIQUE.

Le *Journal officiel* annonce que M. le docteur Charvin se rend à Astrakan, aux frais de l'Etat, pour y faire des études scientifiques sur les causes qui amènent et développent la peste dans cette partie de la Russie.

En présence des épouvantables ravages qu'exerce ce fléau, il faut reconnaître que c'est un acte d'héroïsme des plus méritoires que va accomplir M. le docteur Charvin.

— Par décret en date du 10 février 1879, M. le professeur Gavarret a été nommé inspecteur général de l'instruction publique pour l'ordre de la médecine, en remplacement de M. Chauffard, décédé.

Nécrologie. — Le professeur Chauffard est mort subitement dans son domicile, le jeudi 6 février, à la suite de la rupture d'un anévrisme de l'aorte, après avoir assisté à l'assemblée de la Faculté et passé la soirée comme d'habitude.

M. Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, vient également de mourir le 12 janvier dernier, dans sa 61e année.

Le Secrétaire du Comité de publication,

Dr E. Peyreigne.

Toulouse, impr. Douladoure, rue Saint-Rome, 39.

Mars 1879. XIIIe année. No 3

REVUE MÉDICALE
DE TOULOUSE.

AVANTAGES DU RENVERSEMENT DU CORPS
DANS LES MANŒUVRES DE RÉDUCTION DES PARTIES HERNIÉES ;

Par le Docteur E. TACHARD.

Nous désirerions dans cette note attirer l'attention sur la valeur d'un principe de physique, trop négligé, qui, lorsqu'il est appliqué en temps et lieu, peut rendre les plus grands services.

Lorsque les viscères renfermés dans la cavité abdominale viennent à faire hernie dans un point quelconque, la première indication à remplir est de les faire rentrer le plus promptement possible et sans contondre ces viscères déplacés.

Tout récemment, à l'hôpital militaire, un malade porteur d'une hernie inguinale, maintenue habituellement réduite par un bandage, fut atteint d'étranglement, à la suite d'une garde-robe pénible. L'accident étant arrivé le soir, cet homme n'osant pas appeler auprès de lui le médecin de garde fit des efforts pour réduire sa hernie ; n'y arrivant pas, il pensa que la réduction s'opérerait spontanément. Mais vaine attente, et ce ne fut qu'à la visite du lendemain, c'est-à-dire plus de douze heures après la sortie de l'intestin, qu'il se décida à appeler sur sa hernie l'attention des médecins.

Appelé auprès de ce malade par M. le médecin principal Alix, qui, par suite d'une ancienne piqûre anatomique à la main droite, ne peut faire facilement les manœuvres

du taxis, nous constatons une volumineuse hernie scrotale du côté gauche. Elle est dure, sonore à la percussion, le malade souffre, mais il n'a pas de fièvre, et n'a pas eu de vomissements.

Nous mettons alors notre malade dans la position classique, pour pratiquer le taxis que nous exécutons méthodiquement suivant les règles, établies par M. Gosselin. Après un quart d'heure tous nos efforts sont restés sans résultats, nous laissons reposer le malade et introduisons l'indicateur dans l'anneau inguinal pour tâcher de le dilater. Notre collègue, M. le Dr Talon étant là, nous le prions de recommencer encore le taxis. Ses manœuvres n'eurent pas plus de succès que celles que nous avions déjà faites, et notre embarras commençait. Fallait-il chloroformer le malade pour recommencer encore le taxis? Fallait-il administrer un purgatif?

Nous en étions là, lorsqu'il nous revint à la mémoire que, dans des cas de ce genre, l'ancienne Académie de chirurgie préconisait le renversement des malades.

Immédiatement, sans plus tarder, nous faisons monter sur le lit un des hommes de service, il met sur chacune de ses épaules les jambes du malade qui ne touche plus à son lit que par la tête et la nuque. Nous reprenons alors le scrotum, et sans déployer la moindre force, quelle n'est pas notre surprise de sentir l'intestin se réduire en quelque sorte spontanément. Un bon bandage fut appliqué et le malade sortit quelques jours après de l'hôpital.

Il y quelques jours, une pauvre femme du quartier que nous habitons nous apporte un soir un enfant de deux ans atteint de prolapsus du rectum. L'accident datait déjà de plusieurs heures et la muqueuse était œdémateuse et très congestionnée. Après avoir huilé les parties nous n'arrivons pas avec un linge à les faire rentrer. L'enfant criait, pleurait, se débattait et rendait ainsi impossible toute réduction. Nous vîmes bientôt qu'il fallait agir autrement que par le procédé classique; et nous rappelant l'heureuse influence

de la position dans la réduction de la hernie, nous fîmes soulever l'enfant par les pieds, tandis que les épaules portaient sur les genoux de sa mère. Nous arrivâmes ainsi sans effort aucun à faire rentrer la muqueuse prolabée.

Il n'est guère nécessaire d'expliquer ce qui se passe lorsqu'on procède ainsi que nous venons de le relater. Cependant, cette méthode étant peu en honneur, il nous semble bon d'entrer dans quelques détails sur sa valeur mécanique et physiologique.

Tous les corps obéissent aux lois de la pesanteur, nul n'en doute, mais lorsqu'il s'agit de l'homme malade il semble qu'on ne s'en doute plus. Nous avons dans le temps attiré votre attention sur l'application du principe du siphon à la chirurgie ; aujourd'hui, il me semble, en face de ces deux cas, très opportun de se rappeler l'axiome de physique que nous venons d'inscrire en tête de ce paragraphe.

Donc, en soulevant un malade par les pieds, en le renversant dans une attitude peu habituelle, le foie, le pancréas et la rate viennent presser contre la surface concave du diaphragme en entraînant après eux l'ensemble des autres viscères abdominaux.

Si l'on songe que le poids moyen des trois viscères que nous venons d'énumérer atteint, d'après Sappey, chez l'adulte le chiffre de 1,825 grammes ; on conçoit l'importance de cet agent passif, s'exerçant sur les intestins et sur le diaphragme.

Ceci nous conduit naturellement à analyser les phénomènes physiologiques qui résultent de ce renversement de l'équilibre. S'agit-il d'un adulte, on diminuera la congestion viscérale, de plus on gênera le jeu du diaphragme qui n'aura plus la même puissance pour refouler les viscères emprisonnés dans la cavité abdominale. Que dans ces conditions une légère pression s'exerce sur les viscères herniés, celle-ci, puissamment aidée par la traction produite par le déplacement du foie, aboutira rapidement au but poursuivi qui doit être la rentrée de l'intestin déplacé.

Chez l'enfant dont nous avons parlé plus haut, la surprise que lui provoqua l'attitude insolite dans laquelle il était placé fit cesser immédiatement ses pleurs et ses cris qui gênaient si fort un moment avant nos manœuvres. On conçoit que la douleur provoquée fasse jeter des cris à un enfant, mais ces cris, ces efforts congestionnent les vaisseaux. Dans cette lutte il contracte son sphincter et il immobilise les parties déplacées.

L'attitude que nous conseillons là ne sera certainement pas toujours efficace, mais elle semble pouvoir être considérée comme un succédané avantageux de la chloroformisation, parce qu'elle n'a pas de réelles contre-indications, qu'elle n'offre aucun danger et qu'elle peut dans tous les cas être employée, puisqu'il n'est nécessaire que d'avoir un aide dont le degré d'instruction est indifférent. On ne saurait en dire autant du chloroforme qui peut manquer souvent, surtout aux praticiens de campagne, en sorte que nous recommandons sans réserve cette pratique trop oubliée qui répond admirablement à ce vieux précepte de chirurgie, qu'il faut intervenir *citò*, *tutò et jucundè*.

INVAGINATION INTESTINALE

GUÉRIE PAR L'ÉLECTRICITÉ ;

Par M. le Docteur CAUBET.

I. — Préambule

La question de l'invagination intestinale n'occupe dans les livres classiques qu'une place insuffisante; elle est rangée dans le groupe des causes nombreuses qui provoquent l'état pathologique décrit sous les noms divers de ilœus, étranglement interne, occlusion intestinale, etc. L'étude de ses symptômes, de ses lésions anatomiques, de son traitement, se trouve perdue, pour ainsi dire, dans un

amas de faits pathologiques, arbitrairement réunis et décrits d'un seul bloc pour cette seule raison qu'ils aboutissent tous à un même fait morbide, l'occlusion du canal digestif, et qu'ils amènent un ensemble de symptômes à peu près uniformes, ceux de l'arrêt des matières et des gaz intestinaux.

Valleix seul consacre à l'invagination un chapitre distinct, marquant ainsi l'importance extrême qu'il accorde à cet acte morbide.

Cette distinction de l'invagination mérite d'être conservée, et l'étude doit en être faite à titre de personnalité morbide absolument fixe et isolée. Tout, en effet, concourt à donner une physionomie spéciale à cette maladie : la nature de l'obstacle et le mécanisme de sa production ; — cette singularité de la pénétration d'une partie de l'intestin dans l'intérieur d'une autre partie du même organe ; — l'intérêt qui s'attache à la recherche du point de l'intestin où se produit l'intussusception ; — le travail pathologique qui en découle et les lésions qui s'établissent à sa suite ; — la possibilité d'approcher d'un diagnostic suffisamment précis ; — la gravité du mal et la nécessité d'agir vite et sûrement. Enfin cette maladie s'impose par un dernier côté, peut-être le plus important de tous : par l'application qui lui a été faite d'un moyen curatif encore peu employé jusqu'ici et qui paraît destiné à donner d'excellents résultats.

Ces considérations me semblent naturellement découler de ce travail qui a pour objet l'observation d'un malade atteint d'une invagination intestinale contre laquelle tous les moyens classiques avaient échoué, et qui fut guéri en quelques heures par l'application de l'électricité.

L'emploi de ce moyen me fut suggéré par la lecture d'un travail récent de M. Bucquoy sur le même sujet. Bucquoy fait remarquer cette coïncidence singulière, dont la pratique offre quelquefois l'exemple, de trois cas semblables offerts en peu de temps à son observation, traités tous les trois et guéris par l'électricité. C'est aussi un hasard singulier qui m'a amené à user de ce moyen dans un cas d'inva-

gination. Le travail de Bucquoy dans le *Journal de Thérapeutique* porte les dates du 25 février et 10 mars 1878. C'est dans la nuit du 18 au 19 mars que se manifestèrent les premiers accidents chez notre malade; le 24 mars j'ai l'occasion de converser avec M. le professeur Bonnemaison et je lui fais part du cas que j'observe, de l'insuccès du traitement classique, de la terminaison fatale que j'appréhende. Mon excellent collègue et ami, dont la curiosité scientifique et l'érudition sûre ne se trouvent jamais en défaut, signale à mon attention le travail tout récent de Bucquoy. Lecture faite, je prends la résolution de tenter l'entreprise en me conformant aux indications de l'auteur, et je m'occupe de réunir l'outillage nécessaire qui m'est offert par M. Toussaint, professeur de physiologie à l'École vétérinaire de Toulouse.

Je suis heureux de rendre hommage ici à ces deux savants amis, qui m'ont donné l'occasion de faire une cure à coup sûr inespérée, en mettant à mon service, l'un sa connaissance profonde des choses de la médecine, l'autre sa collaboration dévouée et son habileté expérimentale bien connue.

II. — Observation

J. B... 45 ans, d'une constitution résistante, bien musclé, sans embonpoint; baigneur, habitué à un travail pénible (il monte l'eau des bains à domicile).

Il est réveillé subitement dans la nuit du lundi 18 au mardi 19 mars, par des coliques très-vives, caractérisées pendant quelques minutes par une douleur atroce, puis moins excessive mais entrecoupée d'exacerbations. Elles ne s'accompagnent d'aucune évacuation fécale ou gazeuse, d'aucun besoin de défécation. La veille, le malade avait eu une selle normale; du reste, il n'était pas sujet à la constipation, et il s'était couché après un dîner léger pris sans appétit.

Ayant eu, trois semaines avant, une première atteinte de coliques vives qui se calmèrent par l'usage de deux grands

bains prolongés, pris dans la même journée, B... met en pratique le même moyen.

1er *Jour.* —Le mardi, à trois heures du matin, grand bain pendant une heure ; le soir, nouveau bain. Pas de soulagement : les coliques persistent, le ventre est douloureux à la pression et sensiblement tendu. Point de selles. Dès la première heure et à la sortie du premier bain il y a eu vomissement de quelques gorgées d'aliments ; les liquides ingérés dans la suite (thé et eau) ne sont plus vomis, il n'y a point d'envies de vomir.

2e *Jour.* — La nuit a été sans sommeil, les douleurs abdominales persistent sans état nauséeux. Le malade s'administre, dans la matinée, 30 grammes d'huile de ricin que l'estomac tolère. Les coliques cessent vers le milieu du jour, mais il survient du hoquet.

C'est dans l'après-midi de ce jour que le malade réclame et reçoit les premiers soins médicaux. B... est couché sur le dos, les genoux fléchis, le facies est bon mais empreint de fatigue, la voix est ferme, la parole entrecoupée par du hoquet, la langue blanche mais point saburrale. Pas de mal de tête, pas de fièvre. Puls., 76. Point de chaleur à la peau.

L'abdomen est très-distendu, nullement douloureux à la pression et à la palpation ; on constate à la vue que le ballonnement est surtout marqué dans toute l'étendue du gros intestin, dont le relief très-appréciable encadre la région ombilicale un peu moins saillante. Le creux épigastrique et le cœcum paraissent plus spécialement développés. Du côté opposé, vers l'S iliaque, la distension est moindre. La percussion développe sur tous les points un son tympanique des plus marqués. Par la palpation, on constate une tension élastique généralisée ; pas de trace en aucun point d'une résistance quelconque, encore moins d'une tumeur limitée.

L'huile de ricin absorbée le matin a provoqué quelques borborygmes, mais point d'évacuation gazeuse ou fécale. La miction se fait facilement, l'urine est claire et en quantité normale.

En présence de cette situation pathologique, le diagnostic sommaire apparaît pour ainsi dire en pleine lumière ; il s'agit d'une occlusion intestinale qui semble avoir débuté brusquement et qui a maintenant deux jours de durée. Les accidents sont localisés à l'intestin, le péritoine restant indemne : l'absence de fièvre, l'indolence de l'abdomen, excluent toute idée de péritonite.

Le malade est porteur d'une hernie inguinale double, surtout développée à droite ; mais celles-ci ont toujours été contenues par un bandage ; du reste, elles se laissent réduire facilement et sans douleur par la pression des doigts. Les autres anneaux abdominaux sont sains ; tout soupçon d'étranglement herniaire doit donc être écarté.

Mais, si le diagnostic en bloc d'occlusion intestinale reste évident, il n'est pas aussi facile d'établir avec la même précision la notion du siége de cette occlusion, ainsi que celle de sa nature. Et cependant, c'est la connaissance de ces deux points qui doit guider la thérapeutique et déterminer le choix des moyens à employer.

La délimitation du siége se déduit de la forme de l'abdomen et des limites du ballonnement. En effet, le tympanisme abdominal, pour être généralisé, est surtout excessif dans le gros intestin, particulièrement vers le cœcum et le colon transverse, beaucoup moins vers l'S iliaque, d'où l'on peut conclure que l'obstacle siége dans les parties les plus basses du tube intestinal, probablement dans l'S iliaque, c'est-à-dire au voisinage du rectum.

Quant à la nature de l'obstacle, elle reste plus indécise : les commémoratifs fournis par le malade, tels que la constante régularité des selles, l'absence de toute douleur abdominale, de toute évacuation sanguine par l'anus, ne sont pas favorables à l'idée d'une obstruction par des matières fécales durcies ou par des productions polypeuses. Le fait actuel de la soudaine apparition des accidents ferait plutôt admettre une occlusion soit par volvulus, soit par invagination, soit par étranglement interne, sans qu'il soit possible à ce moment

de se rattacher à l'une ou l'autre de ces formes, que la marche ultérieure de la maladie et l'action thérapeutique feront peut-être mieux préciser dans la suite.

Prescription : cataplasmes sur le ventre, lavement avec sulfate de soude, pour favoriser l'action du purgatif absorbé le matin, et aussi pour essayer d'atteindre directement l'obstacle qui siége au voisinage du rectum. En cas d'insuccès on administrera le lendemain matin une nouvelle quantité d'huile de ricin à la dose de 50 grammes.

3e *Jour*. — Matin. Point d'évacuation par les lavements purgatifs administrés la veille. La nuit a été sans sommeil, mais aussi sans fièvre ; le hoquet a continué ; point de vomissements ; point de gargouillements intestinaux ni de besoin d'aller à la selle. Le ballonement a augmenté, en conservant son caractère déjà indiqué de prédominance dans le gros intestin. La peau est fraîche, le pouls normal, la langue humide. Le malade éprouve une sensation d'étouffement et de plénitude gazeuse et provoque les éructations. 50 grammes d'huile de ricin absorbés dès la première heure n'ont produit aucun résultat.

Dans l'après-midi deux nouveaux lavements purgatifs sont restitués sans entraîner des matières fécales. L'état général est encore satisfaisant, point de fièvre, mais le ballonement augmente, le facies s'altère, la respiration devient plus nombreuse.

On prescrit de la glace comme boisson, et des compresses d'eau glacée sur l'abdomen.

4e *Jour*. — Le malade a absorbé dès le matin la préparation suivante : huile de croton une goutte, émulsion dans un jaune d'œuf, n° 1.

Sous l'influence de la glace le hoquet a cessé, le ballonnement du ventre a diminué par les compresses glacées ; la nuit a été calme, toujours sans sommeil, la fièvre ne s'est pas allumée ; le malade conserve encore des forces, mais les traits se tirent de plus en plus, la langue rouge et dépouillée à la pointe devient moins humide. Une sonde

rectale adaptée à un siphon d'eau de seltz est introduite dans l'anus et l'eau gazeuse est projetée brusquement dans le rectum ; à sa sortie l'eau n'est souillée d'aucune matière fécale, quelques gouttes de sang s'écoulent, paraissant résulter de la distension violente du bourelet hémorroïdal expulsé par l'expansion gazeuse. Le contenu d'une deuxième bouteille est aussitôt projeté, mais avec le même insuccès.

Soir. Administration de deux nouveaux lavements à l'eau gazeuse ; ils ne produisent aucun résultat. L'état général est moins satisfaisant, les forces diminuent, point de fièvre, le ballonnemnt abdominal a augmenté, le hoquet a repris, la respiration est un peu gênée ; le malade éprouve une pénible sensation de plénitude gastrique, il la combat en provoquant fréquemment l'expulsion par les voies hautes des gaz de l'estomac, au moyen de l'introduction de ses doigts dans sa bouche. Ces gaz sont absolument inodores, les efforts de vomissement entraînent quelques matières liquides, simpleplement muqueuses, sans couleur ni odeur significatives.

5ᵉ *Jour*. — Même situation : point d'évacuation alvines, même état général. Le matin nouvelle administration de lavements d'eau de seltz, cette fois à l'aide d'une sonde œsophagienne, dont le bout ne parvient pas à dépasser la limite supérieure du rectum. Point de résultat.

Le soir nouvelle tentative infructueuse par les mêmes moyens. L'état général s'est modifié sensiblement, le hoquet est presque continu, la peau est plus chaude, puls., 92, la langue dépouillée et peu humide ; la dépression des forces s'accentue, le facies se grippe ; le malade, calme jusque-là, s'agite et se plaint, le tympanisme abdominal est extrême, la respiration gênée et nombreuse.

6ᵉ *Jour*. — La nuit a été mauvaise, avec fièvre et agitation. Puls., 102. — On administre : eau-de-vie allemande, 30 grammes ; l'estomac se révolte, le hoquet et les éructations se succèdent ; après deux heures une partie du purgatif est vomie. Dès lors le malade provoque de nouveau et à chaque instant des expulsions gazeuses par l'introduction de

ses doigts au fond de sa gorge, ce qui amène des vomissements, d'abord bilieux et inodores, puis plus sombres, presque noirâtres et avec une odeur sensiblement fécaloïde ; ils contiennent des matières huileuses administrées les jours précédents.

A midi, le purgatif drastique n'ayant produit aucun résultat, l'usage des lavements d'eau de seltz est repris mais sans succès. L'état général est encore aggravé ; puls., 110, le pouls se déprime, la bouche est sèche, les forces anéanties, le malade est couché sur le dos, sans mouvement, les yeux éteints, quelques regorgitations et des secousses de hoquet surviennent de temps en temps.

C'est le soir de ce jour, à neuf heures (dimanche 24 mars), et six jours pleins après le début des accidents que l'électrisation est employée sous forme de courants induits, à l'aide d'une pile au bichromate de potasse. M. le professeur Toussaint a bien voulu se joindre à moi dans cette circonstance et surveiller le fonctionnement de l'appareil pendant que j'en faisais l'application.

Pendant que l'électrode négatif est appliqué à l'anus, l'électrode positif est promené sur les différents points de la paroi abdominale, les muscles droits se contractent visiblement et chaque ventre musculaire se gonfle et durcit au contact du tampon. Cette pratique est continuée sans interruption pendant dix minutes, le malade n'éprouve aucune douleur, il ne ressent aucune sensation intérieure. Aucun mouvement abdominal, aucun borborygme ne se produit pendant l'électrisation.

Quelques heures après, dans le milieu de la nuit, le malade éprouve et entend des gargouillements intestinaux, ainsi que de légères douleurs de colique et il expulse, à plusieurs reprises, par l'anus des gaz fétides.

7e *Jour*. — L'état général est sensiblement le même, l'expulsion des gaz intestinaux continue, mais n'a amené aucun soulagement, les regurgitations ont cessé et le hoquet est moindre.

A neuf heures du matin, une nouvelle électrisation est pratiquée pendant un quart d'heure. Une sonde en argent est adaptée au pôle négatif et introduite dans l'anus, l'électrode positif est promené sur les parois abdominales. Cette deuxième application est douloureuse pour le malade, mais point intolérable. Celui-ci ne fait point de différence entre l'un et l'autre pôle au point de vue de la souffrance qu'ils provoquent. Cette électrisation n'est suivie d'aucun résultat immédiat.

A midi, on constate que les évacuations gazeuses ont été plus abondantes, la tuméfaction abdominale est un peu moindre, le pouls est tombé, le hoquet a cessé et le malade sort de son affaissement.

A cinq heures du soir, la débâcle se produit, il y a évacuation d'une énorme quantité de matières absolument liquides et bilieuses. De nouvelles selles abondantes et liquides sont expulsées dans la soirée et pendant la nuit; elles sont accompagnées, sur la fin, d'un peu de sang pur, paraissant provenir du bourrelet hémorrhoïdal.

8e *Jour*. — La fièvre a cèssé, l'abdomen se détend, mais la dépression des forces est extrême, la soif est ardente, l'usage de la glace en boisson est continué, on supprime les compresses glacées. Ce jour-là et le lendemain la débâcle continue sous forme de matières liquides et jaunâtres. Aucune matière solide, aucun produit anormal n'a été constaté; point de corps étrangers, point de débris d'intestin.

Dès ce moment le calme se rétablit, mais le malade garde encore le lit pendant quatre à cinq jours; l'appétit revient lentement, les évacuations demi-liquides se maintiennent et la convalescence suit son cours régulier.

Quinze jours plus tard, le malade est pris subitement d'une nouvelle crise de coliques très-vives, plus violentes que pendant la première atteinte; elles durent quatre ou cinq heures et cessent peu à peu sans aucune médication.

Une nouvelle atteinte de coliques vives survient environ v ngt jours après la précédente, mais cette fois elle ne dure que quelques minutes.

Depuis ce temps le malade s'est complètement rétabli ; il n'a éprouvé aucun accident abdominal, les fonctions intestinales ont repris leur ancienne régularité ; il a recouvré ses forces et repris son travail accoutumé.

III. — DIAGNOSTIC

Cette observation soulève plusieurs questions qui doivent être agitées sinon résolues. La première, entre toutes, est celle de la nature, c'est-à-dire de la cause anatomique de l'obstacle.

Pendant la maladie, on ne pouvait s'arrêter qu'à des présomptions sur ce point ; après la guérison, il est devenu possible d'arriver à des probabilités qui approchent de la certitude :

D'après les antécédents : Evacuation normale la veille de l'accident, point de constipation ordinaire ; donc, point d'obstruction par des matières fécales accumulées. — Les hernies dont le malade est porteur se réduisent sans douleur, les autres anneaux abdominaux sont sains ; donc, point d'étranglement herniaire. — Le malade après sa guérison a conservé une parfaite souplesse du ventre ; donc, point de tumeur abdominale ayant comprimé l'intestin. L'accident a débuté subitement comme dans une occlusion résultant d'un étranglement interne. S'agissait-il ici d'une constriction de l'intestin par une bride péritonéale, par un anneau intérieur normal ou accidentel ? La maladie a duré six jours pleins, et après une aussi longue étreinte, le canal digestif fût resté irréductible, se fût en partie gangrené et déjà peut-être rompu ; or, le sujet n'a pas présenté la moindre trace de péritonite confirmée. Etait-ce un volvulus, c'est-à-dire une de ces torsions ou rotations de l'intestin si complaisamment décrites par Rokitansky sous les noms d'étranglement rotatoire, en huit de chiffre, en peloton ? Mais ces désordres matériels sont plus faciles à concevoir qu'à expliquer : l'attache du mésentère à l'intestin tient celui-ci dans une

dépendance telle, que la torsion, selon l'axe du conduit, est absolument impossible sans déchirure préalable du repli mésentérique. On explique tout aussi peu la persistance d'un pelotonnement intestinal qu'aucune adhérence péritonéale n'aurait pas aussitôt maintenu.

L'invagination semble donc être la seule cause admissible ; toutefois, il faut reconnaître que cette assertion résulte d'un diagnostic par exclusion, bien plus qu'elle ne repose sur la constatation de symptômes pathognomoniques. Tous les auteurs (Dance) signalent la présence, en un point de l'abdomen, d'une tumeur oblongue, souvent d un volume considérable donnant un son mat à la percussion. Bucquoy, après Cruveillier, met en relief un signe de premier ordre, pathognomonique de l'invagination : les évacuations sanglantes ; or, ni l'un ni l'autre de ces deux faits n'a été constaté chez notre malade ; mais, au moment de la première exploration sur le sujet, le tympanisme était déjà extrême et pouvait suffire à voiler la tumeur intestinale. En effet, au niveau de l'S iliaque, siége présumé de l'invagination, le flanc gauche offrait seulement une distension moins accentuée que dans les autres parties de l'intestin gros et la palpation ne donnait qu'une rénitence douteuse. Du reste, Cruveilhier relate plusieurs cas d'invagination suivis de mort, dans lesquels l'autopsie a révélé l'existence d'une tumeur intestinale, que l'exploration sur le vivant avait été impuissante à découvrir.

Quant à l'entérorrhagie, il n'y en a pas eu trace. Les auteurs qui signalent ce symptôme le donnent sans en expliquer le mécanisme , sans en indiquer les sources. Cruveilhier dit que l'expulsion par l'anus d'une grande quantité de mucosités sanguinolentes est un signe qui ne manque jamais, et il le considère comme pathognomonique. Pour nous, il est évident que le sang doit s'écouler des vaisseaux compris dans la portion d'intestin invaginé. Les conditions de la circulation sont troublées par l'établissement brusque de cette disposition anormale, qui fait qu'une portion

de l'intestin se loge dans la portion du même organe située au-dessous. On connaît les trois cylindres d'intestin se pénétrant l'un l'autre, le plus externe, ou cylindre invaginant recevant les deux autres qui constituent le boudin, celui-ci, possédant à son centre le canal muqueux de l'intestin, offrant à son extrémité libre un orifice en cul de poule, à l'autre extrémité ou collet une continuité de substance avec les parois du tube alimentaire et avec le mésentère. L'étreinte au niveau du collet d'invagination porte d'abord et surtout sur les vaisseaux veineux et obstrue la circulation en retour, d'où une congestion excessive du boudin, congestion qui va souvent jusqu'aux ruptures vasculaires, jusqu'à l'hémorrhagie; bientôt l'augmentation du volume qui résulte de cette congestion même s'ajoute comme cause d'étranglement par le collet, alors les troubles nutritifs commencent et préparent la gangrène du boudin. Lorsque la séparation des parties mortifiées s'accomplit et que leur élimination s'effectue, de nouvelles pertes sanguines surviennent qui résultent de la solution de continuité; de sorte qu'on pourrait admettre une entérorrhagie du début ou apoplectique, et une entérorrhagie terminale ou gangréneuse.

Puisque ce phénomène capital ne s'est pas produit dans notre observation, on en pourrait peut-être trouver l'explication sans cette hypothèse, que la lésion siégeait sur le gros intestin dont le calibre est volumineux, que la longueur du boudin invaginé devait être peu considérable, et que par conséquent l'étranglement au niveau du collet n'ayant pas été excessif, la congestion sanguine n'était pas allée jusqu'à l'hémorragie.

Il est encore un côté par où le fait relaté par nous s'éloigne de ceux qu'a publiés M. Bucquoy dans son mémoire. Ses observations ont trait à des enfants et à un adolescent (3 ans 1/2 — 7 mois — 14 ans), la nôtre se rapporte à un adulte (45 ans); ce qui explique sans doute que le tumulte des symptômes ait été moindre chez notre malade. Mais ce qui distingue surtout notre cas, c'est la date tardive

du recours à l'électricité. Bucquoy a électrisé deux jours (ob. I), un jour (ob. II), quelques heures (ob. III) après le début des accidents; c'est après six jours pleins de maladie que nous employons la faradisation et alors que les complications péritonéales apparaissaient, puisque les forces du malade étaient éteintes; son abdomen douloureux, puisque les vomissements fécaloïdes avaient commencé. Ce résultat est d'une importance extrême, car il tend à faire de l'électrisation un moyen quasi-infaillible de guérison, et en tout cas dépassant de beaucoup les prévisions de Bucquoy, qui formule ainsi ses réserves : « Une des conditions pour » que l'électricité donne des résultats heureux, c'est qu'elle » soit employée de bonne heure, avant toute complication » inflammatoire. »

IV. — Expériences.

Un fait aussi surprenant ne pouvait se produire sans pousser à la recherche de l'explication physiologique de ce résultat.

Les auteurs spéciaux sont peu affirmatifs sur le mode d'action de l'électricité dans l'occlusion intestinale. Duchenne, de Boulogne (1), ce grand novateur en électrothérapie s'exprime ainsi : « Je ne saurais dire exactement par » quel mécanisme l'étranglement interne cesse d'exister, » bien que je le soupçonne, » et il cite un cas de guérison et deux insuccès.

Legros et Onimus (2) sont au contraire plus précis sur la question technique, c'est-à-dire touchant l'action de l'électricité sur l'intestin; ils distinguent l'influence des courants continus et des courants induits sur les muscles lisses du canal digestif; ils font connaître les contractions localisées ou contractures des fibres musculaires au point de contact de l'électrode, et les contractions propagées et

(1) Duchenne, de Boulogne, *Électrisation localisée*, 3e édition, 1872, p. 929.
(2) Onimus et Legros, *Traité d'électricité médicale*, 1872, pag. 699.

constituant les mouvements péristaltiques ; mais ils ne tirent de ces données aucune connaissance pratique, ils ne citent aucun fait clinique.

Bucquoy, après avoir obtenu trois guérisons successives, émet les plus formelles réserves au sujet de la possibilité d'une action de l'électricité sur les contractions intestinales. « Par l'application d'un électrode sur les parois abdomi- » nales, on détermine dans celles-ci d'énergiques contrac- » tions qui viennent augmenter l'action expulsive qu'on » cherche à provoquer. Cette action est peut-être la seule » certaine, car on conteste encore que l'action de l'électri- » cité s'exèrce sur les fibres lisses de l'intestin et par con- » séquent sur les mouvements péristaltiques » (1).

Les expériences qui suivent tendent à démontrer l'action réelle des courants induits sur la contraction des parois intestinales.

Ces expériences ont été exécutées dans le laboratoire de physiologie de l'Ecole vétérinaire, avec le concours de M. le professeur Toussaint.

Expérience 1. — Chienne de moyenne taille, bien portante. Une ouverture, par incision de la paroi abdominale, est pratiquée au niveau du flanc droit. On met a découvert l'intestin grêle dans ses dernières parties ; une invagination artificielle du bout supérieur dans le bout inférieur est établie immédiatement au-dessus du cœcum ; le boudin invaginé a environ douze centimètres de long ; l'intestin ainsi disposé est replacé dans la cavité abdominale ; l'incision est fermée par des points de suture, et l'animal est rendu à la liberté et mis en surveillance. Il a eu une évacuation de matières fécales molles à la fin de l'opération.

1er *Jour*. — L'animal a vomi dans la soirée des matières d'une coloration verte bilieuse, liquides, point de selles ; il refuse tout aliment et boisson.

(1) Pour l'historique de la question, voir *Journal de Thérapeutique* de Gubler. Travail de Bucquoy, nos 4 et 5, 1878.

2e *Jour.* — Même état, la chienne est plus triste, elle refuse tout aliment solide et liquide. Pas de selles ; pas de ballonnement du ventre, la plaie est d'un bon aspect.

3e *Jour.* — Dans la nuit il y a eu expulsion par l'anus d'une petite quantité de sang noir, la tristesse persiste, la muqueuse buccale est sensiblement décolorée, l'animal refuse des aliments, mais il boit avec avidité, il paraît avoir de la fièvre. Dans la soirée il a souffert de coliques, il a hurlé et s'est roulé par terre ; un peu plus tard, il a pris quelque nourriture (lait et soupe) ; point d'évacuations alvines.

4e *Jour.* — L'animal est toujours triste, les flancs se serrent, par suite de l'état de vacuité de l'intestin, les urines sont émises en quantité normale ; pas de selles.

5e *Jour.* — Colique dans la matinée, l'animal boit un peu de lait ; diarrhée abondante ; même attitude, vomissement contenant des débris de viande.

6e *Jour.* — La diarrhée continue plus abondante, la chienne mange davantage.

7e *Jour.* — La diarrhée persiste, moins fluide, d'une coloration jaunâtre, l'animal est moins triste, il cesse d'être indifférent aux appels.

Le dixième jour, l'animal est sacrifié par hémorrhagie après une guérison complète en apparence. *Autopsie.* — A l'ouverture de la cavité abdominale, pas de trace de péritonite, la plaie péritonéale est cicatrisée ; vers la peau au contraire la plaie est béante et contient du pus dans le fond. On constate par la palpation que l'invagination ne s'est pas réduite ; au niveau du cercle supérieur de l'invagination, l'adhérence est faite et très-solide ; quelques adhérences légères de l'épiploon sur cette partie indiquent qu'il y a eu là de petits phénomènes de péritonite localisée. Les parois de l'intestin sont parfaitement contractiles dans toute leur étendue, sur la portion du canal qui renferme le boudin, aussi bien que sur les parties situées au-dessus et au-dessous, et les mouvements vermiculaires provoqués par l'excitation à l'aide de la pointe d'un scalpel provoquent

l'expulsion d'excréments et de gaz par l'anus ; la perméabilité du conduit intestinal dans toute sa longueur est reconnue à l'aide d'un courant d'eau projeté dans le canal digestif.

L'intestin étant ouvert dans sa longueur sur la ligne d'attache du mésentère, on voit le boudin d'invagination pendre librement dans la portion d'intestin qui l'a reçu. Ce boudin est d'un rouge violacé, en voie de sphacèle dans toute sa moitié inférieure, c'est-à-dire du cul de poule à la partie moyenne. Cette teinte sphacélique, très-prononcée vers le bout libre, décroît peu à peu et n'existe plus au niveau du collet de l'invagination. Le boudin est très-tendu, presque rigide, les deux surfaces muqueuses en contact sont absolument saines, de même que la surface muqueuse qui tapisse le canal central du boudin; les deux surfaces péritonéales en contact dans l'épaisseur du boudin sont absolument adhérentes. Cet état de presque mortification du boudin indique que cette portion de l'intestin se serait éliminée ultérieurement, et à coup sûr sans acccidents péritonéaux, puisque l'adhérence des surfaces séreuses est complète.

Pour faire connaître dans tous ses détails cette pièce pathologique, il suffirait de reproduire la description si précise et si lumineuse que Cruveilher consacre aux autopsies des sujets qui ont succombé à l'invagination intestinale.

Expérience 2. — Chien de chasse, de grande taille, jeune, bien portant. Une invagination artificielle est pratiquée sur lui dans les conditions précédentes et au même siége d'élection, c'est-à-dire sur l'ileon, immédiatement au-dessus de la valvule ilœo-cœcale.

Pendant la première journée qui suit l'opération, l'animal paraît malade, souffre de coliques, refuse les aliments, boit à peine un peu d'eau, reste couché. — Point de vomissements; point d'évacuations alvines. Dans la nuit, il a des selles liquides, bilieuses, très-noires.

Le lendemain tout phénomène pathologique semble dis-

paru, le chien a repris sa gaieté, il mange et boit normalement; les selles sont encore liquides et bilieuses.

Quarante-huit heures après l'opération, le chien est examiné, on s'assure que l'invagination persiste et que, comme dans l'expérience précédente, la perméabilité du conduit intestinal s'est rétablie, la santé étant revenue, sans que l'intussusception se soit dénouée.

Il est procédé à l'électrisation : l'électrode positif appliqué et promené sur la paroi abdominale, le négatif pénétrant dans l'anus. Durée, une demi-heure. Point de résultat. L'index introduit dans la plaie et touchant le point invaginé pendant la faradisation perçoit des mouvements très nombreux de l'intestin, mais l'invagination persiste.

Douze heures après, même application de l'électricité dans les mêmes conditions pendant trente minutes. Point de résultat. Les adhérences péritonéales paraissent désormais invincibles. Le chien est abandonné à lui-même, il n'a pas cessé depuis d'être bien portant.

Le chien succombe le 20 septembre 1878. *Autopsie* : L'invagination a persisté; toutefois, le boudin intestinal a presque complétement disparu, sous l'influence des tiraillements provoqués par le travail digestif, peut-être aussi à la suite de la rétraction des tissus fibreux d'adhésion.

L'invagination est représentée par une sorte de rétrécissement annulaire, constituée par un diaphragme, percé à son centre d'un trou, dont la lumière peut à peine laisser passer une plume de corbeau.

L'intestin, au-dessus du rétrécissement, jusqu'à une hauteur de 0 mèt. 10 cent. et au-dessous, jusqu'à la valvule ileo-cœcale, est épaissi et d'une coloration bleue ardoisée, caractéristique de l'entérite chronique. Au-dessus de cette portion enflammée chroniquement et dans une étendue de 0 mèt. 20 cent. environ, la muqueuse de l'iléon présente une coloration d'un rouge vif, marque d'une entérite aiguë. A la limite supérieure, la démarcation est brusque entre les parties atteintes et les portions saines qui leur font suite.

Le gros intestin est rétréci dans toute son étendue ; au contraire, l'intestin grêle, au-dessus du rétrécissement et dans toutes les parties atteintes d'inflammation, est très dilaté.

L'estomac, le duodenum, le jéjunum sont vides d'aliments. La portion d'intestin, située immédiatement au-dessus de l'invagination et atteinte de phlogose, contient un liquide fétide de couleur verdâtre et est obstruée par deux bouchons de paille.

La bouche de l'animal est encombrée de faisceaux de paille qui semblent n'avoir pu être déglutis.

La vessie est vide, les tissus sont décolorés, l'émaciation est extrême.

Antécédents. — L'animal avait perdu l'appétit depuis un mois. Il était suspect de rage.

Il semble avoir succombé à une obstruction intestinale, résultant de l'ingestion de bols de paille qui n'ont pu franchir le rétrécissement causé par l'invagination préexistante.

Expérience 3. — Chien de moyenne taille, bien portant ; on électrise la paroi abdominale pendant vingt minutes pour provoquer des évacuations alvines. Point de résultat, les évacuations ne surviennent qu'une demi-heure après.

Incision de huit centimètres environ, sur la paroi abdominale au niveau de la ligne blanche ; une invagination artificielle est établie de haut en bas, l'intestin replacé dans l'abdomen, la plaie fermée par une suture.

Deux heures après, l'animal ayant été maintenu dans l'immobilité sur la table et par les moyens employés pour l'expérience, l'électrisation est pratiquée pendant trente minutes, l'index étant maintenu sur le point invaginé, le boudin diminue environ de la moitié ; alors l'anse invaginée est mise à nu, et on applique directement l'électrode sur l'intestin, au-dessus et au-dessous du point invaginé ; l'intestin se contracture en cercle au niveau du point touché, mais en même temps des mouvements péristaltiques presque insensibles font disparaître en six minutes ce qui

reste d'invagination, c'est-à-dire le boudin déjà réduit de moitié.

Une nouvelle invagination est produite en sens inverse de la première, c'est-à-dire de bas en haut, l'anse est replacée dans la cavité abdominale et la plaie fermée par une suture. L'électrisation immédiate, avec un électrode à l'anus, l'autre étant promené sur la paroi abdominale, amène en quelques minutes la résolution rapide de l'invagination.

De ces expériences, il faut tirer quelques conclusions qui permettront de faire ensuite un rapprochement entre les recherches de laboratoire et l'observation des faits cliniques. Il est à peine besoin d'ajouter que les déductions tirées des résultats de l'invagination expérimentale chez le chien ne préjugent en rien l'évolution de l'invagination spontanée chez cet animal, car il semble au contraire que la mort soit la terminaison la plus ordinaire de cette affection, tandis qu'une invagination pratiquée chez le chien ne se dénoue pas spontanément (Exp. 1). — Des adhérences s'établissent rapidement (en moins de deux jours) qui maintiennent l'intestin à l'état d'invagination (Exp. 2). — Le conduit alimentaire redevient perméable, et par là le cours des matières se rétablissant, l'animal recouvre la santé (Exp. 1 et 2). — Il se produit dans les parties invaginées un travail de mortification qui tend à l'élimination du boudin intestinal (Exp. 1). — L'électrisation pratiquée quelques heures après l'établissement de l'invagination amène la disparition de l'intussusception (Exp. 3).

On peut ajouter que ce résultat a été obtenu par une action directe de l'électricité sur les contractions de l'intestin. En effet, si le courant électrique n'avait d'autre résultat que d'exagérer les contractions des muscles abdominaux, comme le fait pressentir Bucquoy, et de dénouer ainsi la partie atteinte, la guérison chez le chien devrait se produire spontanément, car les parois du ventre chez cet animal ne sont pas distendues par le tympanisme consécutif, elles possèdent des muscles puissants, capables de maintenir la

paroi constamment en état de contraction active ; la résolution se serait produite en particulier chez le chien de l'expérience 1, qui a souffert de violentes coliques, provoquant à coup sûr d'énergiques contractions dans les masses musculaires de l'abdomen.

V. — Déductions cliniques

Au point de vue anatomo-pathologique, il serait intéressant de comparer la pièce recueillie dans l'expérience 1 avec les pièces décrites par Cruveilhier dans ses autopsies (1). On verrait qu'il y a similitude absolue entre l'intestin de l'homme et celui du chien, quant à l'évolution de la lésion, à son établissement, quant à la mortification et à l'élimination ultérieure des parties invaginées.

Au point de vue clinique, on peut faire aussi des rapprochements intéressants qui permettront d'établir des points communs et des oppositions entre l'invagination spontanée chez l'homme et l'invagination expérimentale.

L'intussusception entraîne une obstruction complète du canal digestif et l'arrêt des matières intestinales. Cet obstacle devient absolu et définitif chez l'homme ; et dans l'évolution de la maladie, les symptômes prédominants sont ceux de l'empêchement au cours des matières. Chez l'homme, il semble que les adhérences péritonéales soient plus lentes à s'établir que chez le chien, et que la persistance de l'invagination soit due à la compression exercée par les cylindres les uns sur les autres, plutôt qu'à la production des néomembranes adhésives. Le fait de la guérison de notre sujet, après six jours de maladie, indique suffisamment la faible résistance des adhérences qui maintenaient le contact des cylindres entre eux.

Toutefois, on pourrait se poser la question de savoir si l'électrisation a eu véritablement pour résultat de dénouer

(1) J. Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. I, p. 524 et suiv. Paris, 1849.

l'invagination, ou si elle n'a simplement servi qu'à rendre perméable le canal intestinal dans sa partie obstruée, c'est-à-dire dans le boudin invaginé. Mais, si l'invagination n'avait point été défaite, il serait possible de constater par la palpation abdominale, aujourd'hui que le sujet est tout à fait rétabli, l'existence d'une tumeur siégeant dans la région et au voisinage de l'S. iliaque. De plus, l'observation attentive de toutes les matières évacuées pendant plusieurs jours après la guérison aurait pu amener la découverte d'une portion plus ou moins longue d'intestin éliminé après mortification.

VI. — Conclusion

Notre observation et les développements qui l'accompagnent tendent à mettre en relief l'excellence du traitement des invaginations par l'électricité. Nous n'avons point voulu aborder la question, encore controversée, des effets physiologiques des courants sur les fibres lisses de l'intestin ; et les expériences précitées ne suffiraient pas pour décider si l'électricité agit sur les fibres transversales seules en provoquant des contractions circulaires, ou bien sur les fibres longitudinales sous forme de mouvements vermiculaires péristaltiques, ou bien à la fois sur les deux ordres de fibres dont l'activité combinée développerait des mouvements complexes, circulaires et péristaltiques.

Réservant donc la part qui revient à la forme fonctionnelle des contractions produites, nous avons voulu seulement affirmer ce fait que l'électricité agit réellement sur les parois intestinales elles-mêmes et non pas uniquement sur les muscles abdominaux.

En outre, ce travail est limité à l'étude du traitement de l'invagination intestinale par l'électricité ; c'est pourquoi il n'est point fait mention de tous les autres moyens que la pratique a multipliés et qui constituent le traitement classique de cette affection. Par leur nombre même, ils donnent assez la mesure de leur inefficacité.

Aussi, comme conclusion de cette étude, convient-il d'établir la règle suivante :

Dans toute obstruction intestinale, et particulièrement dans toute invagination, à côté et au-dessus des moyens généralement employés, il en est un dont l'efficacité est telle qu'il doit être appliqué dans tous les cas : l'électrisation par les courants induits.

Un des pôles devra être appliqué à l'anus, l'autre étant promené sur la paroi abdominale.

Des séances d'électrisation, ayant chacune une durée de dix à quinze minutes environ, pourront être faites, à intervalles peu éloignés : de six en six heures, par exemple.

Cette pratique sera mise en usage dès le début de la maladie, s'il est possible; car elle donne alors des résultats presque certains, comme il ressort du mémoire de Bucquoy.

Il faut y recourir aussi dans le cours de la maladie, et même à la période ultime, car alors encore on peut obtenir des résultats inespérés, comme le prouve l'observation qui sert de base à ce travail.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE.

Séance du 1er février 1879.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, Couseran, d'Auriol, Dazet, Peyreigne, Giscaro, Delaye, Jougla, Saint-Plancat, Mauri, J. Naudin, Armieux, Cazac, Garipuy, Lafosse, Terson, Roque-d'Orbcastel, Tachard, *secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Lecture est faite des procès-verbaux des travaux d'intérieur.

Correspondance imprimée. — Elle ne contient que les publications habituelles.

M. d'Auriol dépose sur le bureau les *Mélanges de médecine et de chirurgie,* par le docteur E. Thoulouze. Le président charge M. d'Auriol de faire un rapport verbal sur cet ouvrage.

L'ordre du jour appelle la conférence du *primâ mensis.*

Tribut académique. M. Garipuy lit un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur l'éclampsie.*

L'auteur fait remarquer que les prodromes de l'éclampsie s'observent parfois avant l'accouchement, sans qu'ultérieurement il survienne des attaques éclamptiques après le commencement du travail.

Il semble donc que dans ces cas les contractions utérines soient le signal de la cessation des accidents. Il ne faut pas craindre outre mesure les effets de l'accouchement sur l'éclampsie.

Cette lecture est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. Molinier, Jougla, d'Auriol et Janot.

La discussion étant close, le Président remercie M. Garipuy.

Rapport écrit. — Au nom d'une commission composée de MM. Lafosse, Dop, Cazac, ce dernier donne lecture d'un rapport sur la gestion de M. le Trésorier. Il conclut à des remerciements pour l'exactitude et le zèle déployés par M. Couseran.

Ce rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés, et le Président remercie M. Cazac au nom de la Société.

La séance est levée à six heures.

Séance du 11 février 1879.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, d'Auriol, Couseran, Jougla, Garipuy, Fontagnères, Faurès, Naudin, Armieux, Caubet, Mauri, Giscaro, Lafosse, Bonnemaison, Tachard, *secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après quelques rectifications demandées par M. Naudin.

Lecture est faite des procès-verbaux des travaux d'intérieur.

La correspondance imprimée contient, outre les publications périodiques habituelles :

1° Le catalogue des incunables de la bibliothèque de Toulouse, par le docteur Desbarreaux-Bernard ;

2° Le programme des concours ouverts à Lille, pour l'année 1879.

Le rapport du *primâ mensis* est lu et adopté.

Appelé par ordre d'inscription au tableau à payer son tribut

académique, M. Desclaux se fait excuser pour cause de maladie.

Par un rapport verbal, M. Tachard donne une courte analyse de la thèse de M. le docteur Caizergues, intitulée des *Myélites syphilitiques.*

L'auteur cherche à démontrer par des preuves cliniques et his ologiques, curatives et micrographiques], que cette diathèse peut produire des myélites de diverses formes.

Communication verbale. M. Fontagnères rend compte d'un cas de calcul urique congénitale qu'il a eu l'occasion d'observer récemment sur une petite fille âgée de dix-huit mois, à laquelle il a pratiqué la taille vestibulaire. Cette opération a eu le plus heureux résultat.

Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. Naudin, Tachard, Faurès et Jougla.

Le Président remercie au nom de la Société, MM. Tachard et Fontagnères.

La séance est levée à cinq heures trois quart.

Séance du 21 février 1879.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Timbal-Lagrave fils, d'Auriol, Couseran, Jougla, Garipuy, Dazet, Mauri, Faurès, Naudin, Armieux, Giscaro, Roque d'Orbcastel, Tachard, *secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance ne contient que les publications périodiques habituelles.

Lecture est donnée des procès-verbaux des travaux d'intérieur.

M. Tachard annonce que, désigné par décision du ministre de la guerre pour l'hôpital de Saint-Omer, il se voit obligé de résigner ses fonctions de Secrétaire général. Il exprime ses regrets de se séparer de collègues auprès desquels il a toujours trouvé la plus parfaite bienveillance.

M. le Président se fait l'interprète des regrets de la Compagnie. Il rend hommage au zèle constant de M. Tachard, non-seulement dans l'accomplissement de ses difficiles fonctions, mais encore comme membre ordinaire, animant nos séances par l'intérêt et le nombre de ses communications. Mais, ajoute-t-il, M. Tachard ne

quitte pas définitivement la Société, puisqu'il continuera de lui appartenir à titre de membre correspondant. Nous espérons que la Compagnie ne restera pas longtemps privée de sa collaboration et qu'il viendra bientôt parmi nous reprendre la place qu'il occupait si bien.

MM. Armieux et Naudin s'associent pleinement aux paroles du président qui traduisent si bien les sentiments de tous ses collègues. M. Naudin espère, de plus, que M. Tachard voudra bien ne pas oublier la Société et qu'il lui enverra de temps en temps quelque intéressante communication.

Ordre du jour. — M. Caubet, appelé par son tour de lecture, s'excuse par lettre et demande un renvoi qui lui est accordé.

Le secrétaire annuel lit le compte rendu de la discussion à laquelle a donné lieu sa communication sur un cas de grossesse extra-utérine présumée.

M. Garipuy proposant de déclarer la vacance d'une place de membre résidant dans la section de médecine et de chirurgie, le Président objecte que le moment n'est pas opportun, vu les approches de la fin de l'année académique.

Il est ensuite procédé au remplacement de M. Tachard. Sur la proposition du Président, et après vote de la Société, M. Giscaro est délégué pour remplir intérimairement les fonctions de secrétaire général, jusqu'au renouvellement du bureau qui aura lieu après la séance publique.

M. Armieux est désigné pour remplacer M. Giscaro au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures cinquante minutes.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de février 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

Les affections que nous avons observées pendant le mois de février ont été très-nettement influencées par les conditions atmosphériques que nous avons subies.

L'humidité a sévi avec une rare persistance, amenant leur cortége obligé de maladies des voies respiratoires et des voies diges-

tives. Bronchites, pneumonies, angines, embarras gastriques fébriles, rhumatismes ont apparu en grand nombre; toutes ces affections provenant de ce génie catarrhal qui, dans notre Midi, règne pendant une grande partie de l'année.

Nous lui devons encore ces fièvres continues, de forme muqueuse, qui ont été fréquentes pendant ce mois. N'est-ce pas encore à lui que sont dus les oreillons multiples qui se sont présentés à l'observation de nos collègues de l'armée? ou faut-il les rattacher aux mêmes influences qui produisent les fièvres éruptives?

D'une façon générale, les affections catarrhales ont présenté des phénomènes d'intermittence très-accentués et nécessité l'emploi du sulfate de quinine.

La variole semble diminuer. Le service spécial de l'hôpital civil a été évacué et nous ne comptons que six décès dus à cette maladie. Ce chiffre est encore trop élevé, mais il est plus faible que celui des mois derniers et nous fait concevoir l'espérance d'une disparition peut-être prochaine de la variole.

Les fièvres typhoïdes ont été en assez grand nombre, et neuf fois suivies de mort. Cette affection semble en effet prendre des allures fâcheuses depuis la moitié du mois dernier et en fréquence et en gravité, ce qui est insolite à cette époque de l'année.

Le croup a fait six victimes, un plus grand nombre que dans les mois précédents; et l'un de nous vous racontait les tristes résultats que l'opération lui avait donnés. Ses insuccès de ces derniers jours lui faisaient oublier les succès des premiers temps de sa pratique, alors que, par son intervention chirurgicale, il a vu revenir à la vie de petits êtres voués à une mort certaine. Il ne doit donc pas désespérer d'une opération qui procure bien des tourments au médecin, mais qui donne parfois des résultats inespérés.

Parmi les décès dus au croup, d'après les bulletins de l'état civil, il s'en trouve un qui concerne un enfant de 4 mois. Doutant de ce diagnostic, nous le classons sans désignation à la colonne des enfants d'un jour à un an.

Les femmes en couches, assez cruellement frappées le mois dernier, surtout dans le service hospitalier, ont présenté ce mois-ci un état de santé très-satisfaisant.

En résumé, la constitution est franchement catarrhale, mais sans caractère alarmant, si ce n'est pour les vieillards qui supportent mal l'action du froid humide.

***OBSERVATIONS** météorologiques et nature des caus…*

l'Etat civil pendant l…

Altitude : 146 m.

DATES.	Pression atmosphérique.	Température de la journée. max	min	Humidité relative.	Pluie ou neige	Vents	Variole. H.	F.	Rougeole. H.	F.	Scarlatine. H.	F.	Erysipèle. H.	F.	Fièvre typhoïde H.	F.	Rhumatisme. H.	F.	Diphthérite ou croup. H.	F.	Tuberculisation. H.	F.	Vieillesse. H.	F.	Enfants d'un…
1	751, 2	12	2	78	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	3	1	
2	750, 7	14	6	89	1,	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	2	
3	748, 2	12	6	89	3,	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	1	1	
4	746, 0	11	7	92	6,	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	
5	755, 0	10	4	75	8,5	O	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	2	
6	750, 2	8	4	83	.	SE	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	
7	752, 0	10	6	84	3,	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	1	1	1
8	754, 9	12	8	90	3,	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1	.	2
9	747, 8	15	8	80	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2	3
10	739, 4	15	10	79	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	1	4	3	1
11	736, 0	16	8	82	1,5	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	2
12	743, 4	13	7	80	0,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	1	2
13	752, 2	12	7	84	1,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	1
14	740, 7	13	6	79	1,0	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	2	.	1
15	740, 2	13	5	79	10,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	2
16	740, 0	16	6	89	5,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2
17	738, 0	12	6	81	25,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	1	1	2
18	742, 0	12	4	91	5,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	1	1	3	.
19	750, 0	9	3	85	7,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	1
20	739, 5	10	5	69	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	[illegible]
21	743, 0	10	4	86	4,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	3	[illegible]
22	739, 0	8	5	88	7,0	O	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	2
23	736, 0	8	2	87	10,5	O	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	2	1
24	743, 2	7	-0	80	1,0	O	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1	4	.	1
25	740, 0	9	0	72	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	.	2	.	1
26	747, 6	4	-1	64	0,5	O	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
27	750, 1	3	0	82	0,3	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	3	1	.	1
28	749, 8	7	0	65	0,3	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2	.	1
							.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
							.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
							.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
MOYENNES DU MOIS :	745, 2	10	4	81	3,7		6		.		.		.		9		.		6		28		68		39…

Total général des décès.......

de DÉCÈS à Toulouse, d'après les déclarations faites à
mois de Février 1879.

Population ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants		Hémorragie cérébrale		Paralysies		Maladies de l'appareil respiratoire : Pleuro-pneumonies		Respiratoire : Bronchites		Respiratoire : Chroniques		Circulatoire : Aiguës		Circulatoire : Chroniques		Digestif : Diarrhées, dysenterie		Digestif : Cholérine		Suites de couches	Affections chirurgicales		Morts violentes : Accidentelles		Morts violentes : Volontaires		Causes diverses	
H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	
.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	
1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	
1	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	
.	.	2	.	.	.	.	2	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
1	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	
1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	1	
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	
.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	
.	1	.	.	1	.	.	1	.	1	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	
.	.	.	1	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	1	.	.	1	.	.	1	.	1	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	3	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
7		9		9		15		4		18		1		9		1		.		2	6		2		.		30	

Hommes.......	127	269	Naissances.....	Garçons........	122	249
Femmes.......	103			Filles..........	127	
Jeunes enfants..	39					

Mort-nés.......	Garçons........	7	11
	Filles.........	4	

CHRONIQUE.

— Les dernières nouvelles relatives à la peste sont très-rassurantes ; l'épidémie ne s'est pas étendue et des mesures énergiques ont été prises pour l'éteindre dans son foyer.

M. le Dr Zuber, professeur d'épidémiologie à l'Ecole de Val-de-Grâce, a été désigné par le Gouvernement de la république pour aller étudier la maladie, de concert avec les médecins délégués par les autres puissances.

— Les mutations suivantes se sont produites dans le personnel des médecins de notre Hôpital militaire.

M. le Dr *Messager*, médecin principal, a été admis à la retraite, et s'est retiré à Versailles. Il est remplacé par M. le Dr *Boulongne*, médecin principal, venant de Marseille.

M. le Dr *Tachard*, notre regretté secrétaire général, a été désigné pour l'hôpital de Saint-Omer.

M, le Dr Barbier, médecin-major de 1re classe, qui était passé de Rennes à Toulouse, vient de permuter avec M. le Dr Flourent, médecin du même grade et du même hôpital.

— Conformément à une décision ministérielle du 8 décembre 1871, et sur la proposition du Conseil de santé des armées, le ministre de la guerre a arrêté que les noms des officiers de santé militaires ci-après désignés, qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques manuscrits, en 1878, seront insérés, à titre de témoignage de satisfaction, dans le *Journal officiel militaire*, savoir ;

M. Armieux, médecin principal de 1re classe ; *Rapport d'inspection médicale de l'hôpital de Baréges ;*

M. Brachet, médecin major de 2e classe : 1° *Compte rendu des opérations du conseil de révision en* 1878 ; 2° *Rapport d'inspection médicale du* 14e *régiment de chasseurs* ;

M. Moullié, médecin-major de 1re classe : *Rapport d'inspection médicale du* 59e *de ligne*;

M. Joly, médecin aide-major de 2e classe, à Toulouse : *Du traitement de la pneumonie aiguë des adultes par la digitale et l'alcool.*

Le Secrétaire du Comité de publication,
Dr E. Peyreigne.

Toulouse.— Imp. DOULADOURE.

Avril 1879. XIIIe année. N° 4

REVUE MÉDICALE
DE TOULOUSE.

MORT DE LA PULPE DENTAIRE
PROVOQUÉE PAR DES VIOLENCES EXTÉRIEURES ;

Par le docteur G. DOP.

Il nous arrive fréquemment d'être consulté par des malades porteurs d'abcès ou de fistules des gencives en rapport avec des dents complétement exemptes de lésions. Si nous les interrogeons sur les causes de cet accident, ils répondent presque toujours que le mal est venu spontanément, qu'ils n'ont aucun souvenir précis et que, dans la plupart des cas, il n'y a pas eu d'odontalgie.

Or, comme tout effet suppose une cause, nous affirmons, malgré les dénégations les plus formelles du malade, qu'il y a eu violence ou irritation extérieure. Ce qui nous rend si affirmatif, c'est que toujours ces sortes d'accidents se rencontrent sur les dents antérieures quand il s'agit de sujets jeunes.

Quelle est la cause de cet abcès, quel est son mode de production ? Telles sont les deux questions qui se présentent d'abord à l'esprit de l'observateur.

En remontant vers le passé, presque tous les malades finissent par se rappeler qu'un choc a été ressenti et que l'abcès s'est manifesté quelques mois plus tard, et dans certains cas, deux ans même après cet accident.

Ce n'est point ici le lieu de donner la description anato-

mique de la pulpe dentaire ; nous n'avons besoin que de rappeler que son organisation est presque exclusivement vaso nerveuse. Mais la dent a encore une autre source de vitalité dont il faut tenir compte ; nous avons nommé le périoste alvéolo-dentaire, et nous verrons plus loin quel est le rôle important de cette membrane péridentaire quand la pulpe détruite ou calcifiée ne pourra plus fournir à la vitalité de la dent son concours physiologique.

Supposons donc qu'un choc par un objet quelconque vienne à se produire sur une dent saine, ce choc toutefois n'étant pas assez violent pour déterminer la fracture ou l'avulsion de cet organe. La direction du coup sera ou perpendiculaire au grand axe de la dent ou parallèle à cet axe.

Que se passe-t-il dans le premier cas? Si le coup est dirigé perpendiculairement au grand axe de la dent, cette dernière transmet le choc sur l'une des parois alvéolaires (antérieure ou postérieure), et l'écrasement, plus ou moins accusé, de la membrane péridentaire peut en être la conséquence. A la suite de cette lésion, la partie atteinte s'enflamme et cette inflammation, qui dans quelques cas doit être limitée, se résout spontanément. Mais d'autre part, si l'inflammation n'est pas circonscrite, elle peut gagner de proche en proche la totalité du périoste alvéolo-dentaire. A ce moment, le malade peut éprouver quelques sentiments de gêne dont il ne se rend pas un compte exact, et il néglige toujours de se préoccuper de cet état.

L'inflammation ainsi abandonnée à elle-même se communique par voie de contiguïté au nerf dentaire à son entrée dans le canal, et peut s'étendre plus ou moins rapidement à la pulpe dentaire. Lorsque la pulpe est envahie, quelques symptômes d'étranglement peuvent se produire et donner naissance à des douleurs que le malade supportera, les attribuant presque toujours à une névralgie. Cet état, qui, ne l'oublions pas, n'arrive que longtemps après la cause provocatrice a une durée difficile à apprécier, vu l'insuffi-

sance des renseignements. Nous estimons pourtant que cette période de douleur ne doit pas être très-longue, attendu que les malades ne viennent nous consulter que lorsque l'abcès est établi depuis déjà longtemps.

Dans le second cas, c'est-à-dire quand le choc a été dirigé suivant le grand axe de la dent, l'inflammation peut suivre la même marche que précédemment, mais elle peut aussi suivre une voie diamétralement opposée.

Prenons le cas, par exemple, où le menton vient heurter avec force un corps résistant, une table. Que la bouche soit ouverte ou fermée, les différences de lésions seron constituées par plus ou moins d'intensité ou par le siége des abcès qui se formeront plus tard soit au maxillaire supérieur, soit au maxillaire inférieur. A la suite de ce choc, l'ébranlement ou le contre-coup perçu par la pulpe dentaire peut en déterminer d'emblée l'inflammation, ou bien des phénomènes de suractivité fonctionnelle.

La pulpe, nous l'avons déjà dit, est presque exclusivement composée de vaisseaux et de nerfs; mais entre ces divers éléments se trouve déposé un blastème, au sein duquel sont disséminées des cellules à nucléoles.

Si nous examinons ce qui se passe dans l'état physiologique, nous pourrons, en lui comparant l'état morbide dont nous nous occupons, nous pourrons, disons-nous, expliquer plus clairement les diverses phases qui doivent amener la mort de la pulpe.

Chez l'enfant, la cavité pulpaire et le canal dentaire sont très-larges, et à mesure que l'on avance en âge, ces deux cavités diminuent d'étendue par suite des dépôts éburnés qui se forment sur leurs parois. Chez le vieillard, on trouve fréquemment des dents saines dont les cavités naturelles sont presque complétement effacées. Ce phénomène normal s'explique très-aisément. A mesure que les forces vitales se dépriment, on observe sur certains organes des altérations de structure qui sont constituées par la formation de plaques de calcification plus ou moins étendues; la pulpe dentaire

subit les mêmes influences et des dépôts éburnés de nouvelle formation s'accumulent successivement sur les parois de sa cavité.

Nous observons encore le même phénomène dans les cas d'abrasion des surfaces triturantes, mais ici il y a deux modes différents de production de la dentive.

Lorsque l'usure a fait disparaître une certaine épaisseur de la dent, la pulpe qui se trouve ainsi plus rapprochée des excitations extérieures (chaleur, froid, violence), la pulpe sécrète des couches d'ivoire qui l'éloignent de ces irritations. A mesure que l'abrasion continue, les efforts de restauration augmentent, et il arrive un moment où la totalité de la pulpe a été remplacée par la denture.

Souvent aussi les choses ne se passent pas d'une façon aussi irrégulière et aussi favorable pour le malade. Il peut arriver, en effet, que ces excitations par trop violentes impriment à la pulpe une suractivité qui, au lieu d'être simplement physiologique, devient pathologique, et son travail de restauration ne se faisant plus sous l'influence des simples efforts de la nature, il en résulte des dépôts éburnés irréguliers, disséminés sans ordre et sans utilité au sein même de la pulpe; de là des étranglements fort douloureux qui entraînent après eux la destruction de cet organe.

Si nous tenons compte de ce qui se passe pendant la vie ou dans certains cas d'abrasion, nous nous expliquerons très-facilement la formation des abcès dentaires lorsqu'un choc aura été reçu suivant le grand axe de la dent. A la suite de l'ébranlement provoqué dans la masse de la pulpe, une inflammation légère se développe et peut limiter son influence à une simple excitation physiologique de l'organe. Alors quelques noyaux dentinaires se développent irrégulièrement et leur apparition donne naissance à des poussées inflammatoires successives, suivies toujours d'une augmentation numérique de ces noyaux. Dès lors, il n'est plus possible d'espérer la terminaison par voie de résolution. L'inflammation gagne sans cesse, de petits foyers purulents en sont la

conséquence, et toutes les parties restées saines sont bientôt transformées en matière putride.

Nous nous trouvons donc à ce moment en présence d'une dent dont les cavités closes de toute part renferment un liquide putride et des produits gazeux. Des phénomènes nouveaux vont se produire; le périoste alvéolo-dentaire qui tapisse le fond de la cavité alvéolaire s'enflamme au contact de ces produits de décomposition. Au sommet de la racine, et comme insérée à son pourtour, se développe une petite cavité tapissée par une membrane pyogénique qui augmente de capacité à mesure que les liquides de sécrétion s'accumulent. Cette membrane pyogénique provient d'un dépôt de lymphe plastique exsudée au sommet radiculaire par suite de l'inflammation du périoste. Ce sac augmentant constamment de volume comprime la paroi alvéolaire, en amène la résorption en un point qui sert d'issue au pus. Ce pus arrive alors au contact de la gencive à sa face profonde, la distend, l'enflamme, la décolle et finit enfin après l'avoir perforée par créer une ouverture fistuleuse. Telle est, en peu de mots, l'origine de ces abcès qui sont la conséquence de la mort de la pulpe dans des dents saines, mais qui ont été soumises à une violence extérieure.

Nous allons maintenant résumer quelques observations qui nous permettront d'établir le traitement rationnel de ces abcès, traitement qui a pour but d'assurer la conservation de la dent en évitant la production de nouveaux abcès.

OBSERVATIONS.

Notre première observation a trait à une jeune fille de 15 ans qui se présenta l'année dernière à notre consultation pour nous prier de la débarrasser de deux petits abcès, situés à la partie interne du maxillaire inférieur au niveau des deux incisives médianes.

Après un examen minutieux nous ne pûmes apercevoir sur ces dents aucune trace de lésion : ni tache, ni carie, ni fêlure, ni fracture, pas d'abrasion. Les deux dents étaient légèrement

vacillantes, et la pression ainsi que la percussion produisaient un peu de douleur. Les excitations thermiques ne provoquaient pas de sensation pénible. Notre interrogatoire aussi complet que possible ne portait aucune lumière sur l'étiologie de ces abcès, la malade affirmait qu'il n'y avait pas eu de cause appréciable et qu'ils s'étaient formés spontanément. Il n'y avait jamais eu de douleurs et, au moment de notre examen, il y avait six mois que ces abcès s'étaient montrés. Comme toutes ces réponses n'étaient guère satisfaisantes, nous priâmes la mère de venir à notre secours, et ce n'est qu'en faisant un pressant appel à ses souvenirs que nous pûmes enfin avoir l'explication désirée. La mère s'était souvenue qu'environ deux ans avant l'apparition simultanée des deux abcès, son enfant avait fait une chute en avant, et que le menton avait porté sur un tabouret de bois.

Nous entreprîmes alors la cure de ces abcès afin de conserver les deux dents qui les avaient fait naître. Convaincu de la mort complète de la pulpe, nous n'avions qu'un but à atteindre : tarir à tout jamais la source du pus.

Le sac pyogénique existait, c'était indéniable. Il fallait donc, comme en chirurgie générale, pénétrer jusqu'à sa cavité, en modifier la surface sécrétante et développer dans ses parois une inflammation adhésive capable d'entraîner la disparition des abcès.

A cet effet, au moyen d'instruments appropriés, nous avons pratiqué une ouverture sur la face linguale des deux incisives. Cette ouverture poussée jusqu'à la cavité pulpaire nous permit d'introduire jusqu'au sommet du canal dentaire des sondes fines et barbelées destinées à retirer les parties mortifiées de la pulpe et du nerf que la décomposition putride n'avait point encore désorganisées.

Prenant ensuite une autre sonde lisse dont l'extrémité libre était entourée d'un petit cylindre de coton, nous pûmes porter de la teinture d'iode jusqu'à la cavité du sac. Le petit tube de coton fut laissé en place; deux jours après le volume des abcès s'était notablement réduit et la rougeur érythémateuse qui les circonscrivait avait diminué d'étendue.

Ce traitement fut continué pendant une semaine et au bout de ce temps toute trace des lésions antérieures avait disparu. La malade croyant à une guérison complète voulut alors nous quitter. Moins convaincu et sachant combien les récidives sont à redouter dans ce cas, nous insistâmes pour que le traitement fût continué

pendant une huitaine de jours. Abandonnant alors les cautérisations du foyer avec la teinture d'iode, l'acide phénique fut appliqué par le même procédé. Après quatre cautérisations nous avons pensé qu'on pouvait considérer les abcès comme complétement guéris.

Une partie de notre tâche était accomplie, il nous restait encore à prévenir les récidives.

Nous nous trouvions donc en présence de deux dents dont le canal dentaire et la cavité pulpaire étaient en communication avec l'air extérieur. Si on abandonnait les choses en cet état, la malade serait exposée à de nouveaux abcès. En effet, des débris alimentaires peuvent s'introduire accidentellement dans les cavités des dents, et par leur décomposition provoquer au sommet de la racine une inflammation qui suivra les mêmes phases que précédemment. L'obturation de ces cavités est donc indiquée.

Ici doit se placer une remarque qui a son importance : nous avons considéré l'abcès comme radicalement guéri, et malgré tous les signes favorables à cette opinion, il est prudent de la contrôler. Pour cela, il suffit de faire une obturation d'essai qu'il sera toujours temps de retirer au premier signal d'alarme. Quelques brins de coton imbibés de collodion ou d'une dissolution de gutta-percha dans le chloroforme rempliront complétement ce but ; ce coton ainsi préparé prend au contact de l'air et de la salive une dureté relative qui l'empêche de s'imbiber des fluides buccaux ou des liquides de l'alimentation, et assure ainsi l'imperméabilité du canal dentaire. Si au bout d'un certain temps, quinze jours ou un mois suivant le cas, il n'est survenu aucun accident, on enlève ce tampon provisoire et l'on termine l'opération par une aurification.

Mais supposons que cette tentative d'obturation par une substance facile à enlever ait été suivie d'un peu de douleur ou d'un léger gonflement au niveau de l'abcès primitif, il faut de nouveau avoir recours aux applications de teinture d'iode ou d'acide phénique.

Revenons à notre malade, et pour terminer son observation, disons que l'obturation provisoire réussit complétement et que quelque temps après l'aurification fut pratiquée à la manière ordinaire. La guérison s'est maintenue.

Nous pourrions multiplier ces exemples, mais, pour ne point fatiguer votre bienveillante attention, nous allons en résumer deux autres qui serviront amplement à justifier le traitement institué.

2° Mlle M. G., 17 ans. Abcès siégeant sur la gencive au niveau de l'incisive médiane gauche inférieure.

Choc par un verre il y a dix-huit mois; l'abcès s'est formé un an après l'accident. Trépanation de la cavité pulpaire; cautérisations du foyer pyogénique avec l'acide phénique pendant douze jours. Guérison rapide de l'abcès.

Obturation provisoire laissée en place pendant quinze jours. Aurification; la guérison s'est maintenue.

3° C. L., 15 ans. Abcès palatin au niveau de l'incisive médiane droite supérieure, datant de quinze jours.

Six mois avant l'apparition de l'abcès, coup porté sur la lèvre supérieure par la pomme d'une canne. Fluxion légère, pas de douleur; cautérisation pendant trois semaines avec l'acide phénique. Guérison complète. Aurification après obturation provisoire. L'abcès n'a plus reparu.

Nous devons ajouter toutefois que toutes ces dents dont la pulpe dentaire a suppuré, ont perdu leur coloration normale et sont devenues brunes et blafardes.

CONCLUSIONS.

Tout abcès gingival siégeant au niveau d'une dent saine reconnaît pour cause une violence extérieure.

Il est curable, et le traitement assure la conservation de la dent.

Ce traitement consiste dans la trépanation de la cavité pulpaire, ce qui permet d'aller cautériser le foyer purulent, au moyen de petits tampons imbibés de teinture d'iode ou d'acide phénique pur.

Enfin, l'abcès étant bien guéri, les récidives seront écartées par l'obturation.

LA TRICHINOSE EN ESPAGNE ;

Par M. F. MAURI,

Professeur de clinique à l'Ecole vétérinaire de Toulouse.

Messieurs,

Le 5 mars dernier, M. Vic, vétérinaire à Barcelone, voulut bien me faire parvenir un flacon contenant de la viande d'un porc tué à l'abattoir de cette ville et reconnu atteint de trichinose par le vétérinaire-inspecteur, M. Darder.

Je procédai immédiatement à l'examen microscopique des muscles suspects et il me fut facile d'y constater des quantités de trichines.

Dans la séance du 11 mars dernier, je soumis à l'examen des membres de la Société de médecine les préparations microscopiques que je fis en cette circonstance.

Frappé par la gravité de ce fait et par les accidents fâcheux dont il pouvait être le signal pour la santé publique, en raison des transactions commerciales importantes qui se font entre la France et l'Espagne, j'écrivis aussitôt à Barcelone pour être fixé exactement sur cette question et pour provoquer au besoin, de la part du gouvernement français, des mesures propres à empêcher, s'il en était temps encore, l'introduction en France du terrible parasite.

La réponse que j'ai reçue à la date du 16 mars n'a rien d'alarmant, et cependant j'ai cru utile de la porter à la connaissance de la Societé de médecine.

« Barcelone, le 16 mars 1879.

Monsieur,

« En réponse à votre lettre du 7 mars 1879, dans laquelle

vous me demandez l'origine de la trichine en Espagne et comment j'ai été amené à la soupçonner, j'ai l'honneur de vous informer qu'il y a trois ans un pharmacien de Villar-de-l'Archevêque (province de Valence) réunit vingt-huit personnes à sa table pour manger de la viande d'un porc qu'il venait de tuer. Tous les convives furent atteints d'une maladie qui se manifesta par les mêmes symptômes, et six succombèrent. A force d'études et de méditations, on finit par découvrir que l'on avait affaire à la trichinose : le terrible parasite avait été découvert dans les muscles humains et dans ceux du porc.

» Mon père, M. Jérôme Darder, vétérinaire à Barcelone, instruit de ce qui était arrivé à Villar, sollicita auprès de la municipalité de Barcelone l'achat d'un microscope pour l'inspection des viandes, joignant à la demande un mémoire sur la trichinose et la ladrerie du porc. Ces pièces n'attirèrent guère l'attention de l'autorité et ne provoquèrent aucune mesure sanitaire.

» Mais cette année les journaux politiques ayant annoncé la présence des trichines sur divers points du territoire espagnol, M. Darder a de nouveau insisté sur la nécessité d'acheter un microscope. Sur ses instances, la municipalité de Barcelone s'est assurée de la réalité de l'apparition de la trichine en Espagne en demandant aux diverses localités, où, selon les journaux, le parasite s'était montré, des échantillons de viandes suspectes. Seule la municipalité de Séville a envoyé à celle de Barcelone deux flacons contenant de ces viandes dont les helminthes ont été facilement constatés.

» L'acquisition du microscope a été faite aussitôt et j'ai été chargé de l'inspection des viandes de boucherie. Peu après, le 1er janvier 1879, j'ai signalé à l'autorité un premier cas de trichinose et un deuxième le 14 du même mois. Ce sont des fragments de muscles de ce dernier sujet qui ont été soumis à votre examen et dans lesquels vous avez constaté la présence du parasite. Ces porcs provenaient des provinces du nord de l'Espagne.

» Sur l'invitation de la municipalité une réunion de notabilités médicales et vétérinaires de Barcelone a confirmé l'existence de l'entozoaire, et avis en a été donné au public.

» Aujourd'hui l'examen microscopique se pratique dans presque tous les abattoirs de Catalogne et des principales villes d'Espagne.

» Dans le but d'amoindrir la panique qui s'est répandue à Barcelone et qui fait repousser de l'alimentation d'une manière presque absolue la viande de porc, on a provoqué la réunion d'une société d'hygiène qui a rédigé et fait imprimer un opuscule faisant connaître la maladie d'une manière exacte et indiquant les mesures à prendre pour s'en préserver ; de plus, des chairs infestées ont été adressées aux localités environnantes, et les inspecteurs sanitaires ont été convoqués à Barcelone pour y étudier *de visu* le parasite et pour s'exercer à l'examen microscopique des viandes.

» Enfin, pour lever tous les doutes au sujet de l'existence de la terrible maladie, on a institué des expériences dans lesquelles on a fait manger de la viande trichinisée à divers animaux, chiens, chats, rats, lapins, etc.

» Toutes ces expériences ont confirmé l'exactitude des faits énoncés plus haut.

» Recevez, etc. » Antoine Darder. »

La gravité de ces faits au point de vue de l'hygiène publique n'échappera certainement pas aux autorités françaises et nous espérons que des mesures seront prises pour conjurer le mal. Il est urgent de s'occuper de cette question, car déjà une épidémie de trichinose a été signalée dans le département de Seine-et-Oise. M. Laboulbène, médecin de l'hôpital de la Charité, a présenté un rapport à l'académie de médecine, intitulé : *A propos d'une épidémie de trichinose, la première observée en France.* Il signale que le docteur Jollivet (de Seine-et-Oise) vient d'observer des accidents sérieux chez un grand nombre de personnes qui ont été malades après avoir mangé de la même viande de porc. Sur

vingt personnes qui ont mangé de cette viande, seize ont été malades, ce qui établit que l'intoxication s'est bien faite par cette viande dont les apparences étaient des plus trompeuses. Elle était belle, rosée, d'une structure tout à fait normale à l'œil nu et même à la loupe. Mais, examinée au microscope, elle présentait une quantité considérable de trichines.

Il est important, au double point de vue de l'hygiène publique et de nos intérêts commerciaux et agricoles, de rechercher l'origine de ce cas de trichinose et les circonstances qui lui ont donné naissance. Cette même question se pose d'ailleurs tout naturellement au sujet des porcs espagnols, car jusqu'ici cette terrible maladie n'avait guère été signalée qu'en Allemagne. Le fait unique qu'on avait annoncé en Belgique en 1866 résultait d'une observation erronée, d'après le rapport adressé au ministre par MM. Delpech et Reynal, qui avaient été envoyés pour étudier la maladie sur place.

« En France, dit M. Bouley dans un rapport au comité consultatif d'hygiène publique, bien que l'attention des médecins soit partout mise en éveil, aucun cas de trichinose n'a encore été rencontré ni dans les villes, ni sur les populations rurales, ni dans l'armée, ni dans la marine où l'usage de la viande de porc salée est si répandu. »

Comme on le voit, ces faits sont tout nouveaux pour nous, et, quoiqu'ils soient peu nombreux, ils n'en doivent pas moins éveiller la sollicitude de l'administration supérieure. Parmi les mesures à prendre, il importe surtout d'ordonner une surveillance active des abattoirs et des boucheries par des hommes capables et très au courant de l'examen microscopique des viandes (1).

Du reste, nous reviendrons prochainement sur cette grave question.

(1) Nous apprenons qu'en Italie et en Portugal, l'importation des porcs et de la chair de porc, venant des Etats-Unis d'Amérique, a été interdite parce qu'on a découvert qu'ils contenaient des trichines. F. M.

DE LA SCLÉROTOMIE DANS LE GLAUCOME

ET DANS QUELQUES AUTRES AFFECTIONS OCULAIRES ;

Par le Dr TERSON.

Depuis quelque temps, il s'est produit un certain ralentissement dans les progrès de l'oculistique au point de vue opératoire et purement pratique. Il est donc opportun en même temps qu'utile, d'encourager et d'appuyer les efforts de ceux qui croient à la possibilité d'introduire sans cesse de nouveaux perfectionnements dans nos moyens de guérir, et tendent ainsi à conserver à la clinique la prépondérance qu'elle mérite sur les études abstraites et théoriques. Ce n'est sans doute pas parmi des médecins que cette pensée trouvera des contradicteurs.

Je désire vous entretenir aujourd'hui de l'opération de la sclérotomie, que quelques auteurs et particulièrement mon ancien maître, M. de Wecker, ont préconisée dans le traitement du glaucome et de quelques autres affections dans le cours desquelles il peut-être utile, non-seulement de remédier à un excès de tension de l'œil ; mais aussi d'éviter l'accumulation dans l'intérieur de l'organe, de produits susceptibles de s'organiser et de troubler mécaniquement le mouvement endo-exosmotique indispensable à la nutrition, comme à la transparence de ses milieux.

Cette question si importante par elle-même a puisé, du reste, une nouvelle actualité, dans les recherches anatomo-pathologiques les plus récentes.

Pour que l'œil conserve la forme qui favorise le mieux

l'accomplissement de la fonction à laquelle il est destiné, un certain degré de tension est indispensable.

Si cette tension tombe au-dessous de la normale, c'est la preuve d'un vice grave dans la nutrition, qui peut facilement aboutir à la perte graduelle et complète de l'organe, ou tout au moins à cet état mal déterminé auquel on a donné le nom de phtisie essentielle.

Quand, au contraire, la tension vient à augmenter, s'il existe un degré convenable d'élasticité de la sclérotique et que les dispositions anatomiques de ce tissu soient intactes, comme dans le jeune âge par exemple, avant que les membranes profondes aient subi une compression trop dangereuse, l'équilibre se rétablit par une sorte de transsudation ou de filtration, à travers les voies que la nature a instituées pour permettre au trop plein des liquides de l'œil de s'évacuer au dehors. Sans entrer dans des développements qui m'éloigneraient de mon sujet, je me bornerai à rappeler que Leber, redressant certaines erreurs, a établi par d'habiles expériences, l'exactitude de la proposition suivante: la principale voie de filtration de l'humeur aqueuse, hors de l'œil, se trouve au niveau de l'extrême périphérie de la chambre antérieure, vers l'angle même que forme le plan de l'iris avec la paroi postérieure de la cornée; dans un point, par conséquent, où les dernières fibres scléroticales viennent empiéter encore sur le tissu cornéen transparent. La cornée elle-même ne laisse rien transsuder du contenu de l'œil.

Si l'exagération de la pression intra-oculaire atteint un œil dans lequel le tissu sclérotical est relativement inextensible et que, d'un autre côté, les voies de filtration dont je viens de parler ne soient pas parfaitement perméables, les membranes internes et la papille du nerf optique subiront une compression d'une intensité et d'une durée qui deviendront bientôt désastreuses. Or il est démontré que l'âge amène dans la sclérotique, comme dans tous nos tissus, des transformations graisseuses, voire même des dépôts

calcaires bien propres, il faut le reconnaître, à augmenter la rigidité de la fibreuse oculaire et à encombrer les voies si ténues qui servent à l'excrétion de l'humeur aqueuse.

Telles sont les conditions qui paraissent à priori, les plus favorables pour la production des symptômes dits glaucomateux. Les faits cliniques répondent-ils à ces appréciations, jusqu'à un certain point, théoriques?

Oui, il est bien certain que le glaucome est une affection de l'âge mûr et même de la vieillesse. On sait aussi que cette maladie est surtout commune chez les hypermétropes, dont la sclérotique est dense et rigide; et relativement très-rare chez les myopes, par le motif qu'avec ce vice de réfraction, coïncide une prédisposition à la distension graduelle et à l'amincissement de la sclérotique.

Enfin, des recherches anatomo-pathologiques nombreuses entreprises sur des yeux glaucomateux ont fait reconnaître, que souvent la sclérotique est notablement épaissie; dans d'autres cas, l'iris à sa phériphérie, repoussé en avant, adhère à la cornée, de telle façon que l'angle iridien, peut-être complètement fermé; on trouve fréquemment aussi des traces d'inflammation aux environs du canal de Schlemm, qui est ainsi plus ou moins diminué dans son calibre.

En résumé, la cause prochaine et principale de l'exagération de la pression intra-oculaire est mécanique. Il faudra, par suite, trouver un moyen de même nature pour rémédier à un tel embarras.

Disons cependant que si les transformations séniles ou autres, que peut subir la sclérotique, sont la cause efficiente de l'exagération de la pression intra-oculaire, on a justement aussi invoqué d'autres causes, susceptibles d'amener, soit lentement, soit tout à coup, cette augmentation de pression, par le fait d'une sécrétion plus considérable de l'humeur aqueuse, ou seulement d'un accroissement de volume du contenu de l'œil. De ce nombre sont : des dilatations vasculaires, aussi bien que certaines altérations des parois des vaisseaux, capables d'amener une extravasation même peu

importante de sang dans le corps vitré (de Graefe) ; de même, une irritation ou névrose des nerfs ciliaires, venant comme on sait du trijumeau, lequel présiderait à la sécrétion des liquides de l'œil (Donders). Mais nous le répétons, il faut admettre toujours un certain embarras dans l'excrétion des liquides par les voies de fitration naturelles ; car on voit, chaque jour, des hémorrhagies de la rétine ou du corps vitré, ainsi que des névralgies très-violentes du trijumeau ne s'accompagner nullement de la moindre exagération dans la tension de l'œil ; de même, comme je l'ai déjà dit, le glaucome est infiniment rare chez les jeunes sujets.

J'omets à dessein de parler des remèdes locaux ou généraux, autrefois employés contre le glaucome, et reconnus inefficaces, pour m'occuper uniquement des moyens mécaniques, à l'aide desquels on a cherché à réduire la pression intra-oculaire.

C'est à Desmarres père, croyons-nous, que revient le mérite d'avoir, le premier, appliqué systématiquement la paracentèse de la chambre antérieure, à la cure du glaucome ; mais, la plaie une fois fermée, la tension redevenait ce qu'elle était précédemment ; l'effet était seulement palliatif.

De Graefe remarqua que les yeux ayant subi l'opération de la pupille artificielle restaient longtemps un peu moins tendus qu'avant l'opération, et, il eut la pensée d'essayer, par ce moyen, de rendre moins durs les yeux atteints de glaucome. Il réussit au-delà de toute espérance, et par cette découverte en apparence empirique, il donna la première marque de cet esprit supérieur d'observation, dont il a depuis donné tant d'autres preuves. Il y a quelques années déjà que j'ai lu, ici même, une note suivie d'observations, dans laquelle je cherchais à démontrer la grande valeur de l'iridectomie dans le glaucome, valeur dont personne ne doute aujourd'hui.

Mais il y a dans l'opération de l'iridectomie deux actes parfaitement distincts quoique connexes : l'incision de l'œil

et l'exision de l'iris. Plusieurs opérateurs ont pensé que l'incision un peu large de l'œil pouvait bien être l'acte le plus important, peut-être même le seul indispensable pour réduire d'une manière permanente la pression intraoculaire. M. de Wecker a émis le premier cette idée (en 1868), que l'incision très-périphérique de la chambre antérieure donnait lieu à une cicatrice qui permettait jusqu'à un certain point la *filtration* du trop plein de la chambre antérieure. Il en donnait pour preuve la fréquence de la mauvaise cicatrisation de cette incision, à laquelle de Graefe avait donné le nom de cicatrisation *cystoïde ;* ce qui ne paraissait nuire en rien au succès de l'opération. J'ai, dans ma pratique personnelle, un certain nombre de faits qui viennent à l'appui de cette opinion. Je n'en citerai que deux, qui me semblent péremptoires : voici le premier, remarquable par la durée du temps pendant lequel il m'a été donné de l'observer : J'ai eu pendant huit ans, comme garde-malade à ma clinique, une femme que j'avais opérée des deux yeux, pour un double glaucome aigu des plus graves. L'œil *le meilleur* après l'opération était celui où l'excision de l'iris avait été faite relativement trop étroite. La cicatrice portait, surtout au niveau de ses deux angles, mais aussi dans toute son étendue, une proéminence comme vésiculeuse, dont le volume semblait un peu variable selon les moments. L'acuité de la vue était très-bonne ; la malade cousait et lisait de cet œil ; tandis que l'autre, opéré en même temps et en apparence plus selon les règles de l'art, portait une cicatrice plate et n'avait pas récupéré une vision convenable, bien qu'aucun accident ne se fût produit à la suite de l'opération.

Le fait suivant semble aussi très-probant : Un malade atteint de glaucome absolu, avec cataracte, était encore affecté, à chaque instant, d'accès de douleurs si violents, qu'il ne parlait de rien moins que de se suicider, si je ne trouvais quelque moyen de le soulager. Son mal datait de quatre ans et les effets de la pression avaient été tels qu'on voyait la pupille dilatée au maximum et que l'iris complé-

tement atrophié formait en arrière de la cornée une bandelette circulaire à peine large d'un demi-millimètre. Je voulus néanmoins tenter l'opération de l'iridectomie, qu'avec plus d'expérience aujourd'hui, je ne songerais point à essayer. Comme la chambre antérieure était d'une étroitesse extrême, craignant de blesser le cristallin, je fis l'incision assez loin dans la sclérotique. Mais quand je voulus saisir l'iris avec les pinces, à peine quelques parcelles de pigment restèrent entre les mors de l'instrument et toutes mes tentatives à cet égard furent vaines. Je m'attendais à ce que l'opération n'amenât aucun soulagement; mais au contraire, au bout de peu de jours, le malade fut débarrassé de tout accès douloureux et cela, malgré que son mal parût bien en rapport avec la goutte, dont il était atteint à un haut degré, comme d'ailleurs cela a été constaté souvent.

Ce fait m'avait frappé et j'eus l'occasion de le communiquer à M. de Wecker, comme susceptible de démontrer l'exactitude de sa théorie. Pourtant, et bien que tout disposé à me ranger à l'opinion de la cicatrice *à filtration*, j'avais, jusqu'à ces derniers temps, pratiqué constamment l'excision de l'iris, que je crois aujourd'hui devoir être remplacée, dans certains cas, par la sclérotomie.

Partant de cette idée que l'excision de l'iris n'est pas la chose importante pour rétablir l'équilibre dans la tension de l'œil, M. Quaglino (de Milan) essaya, un des premiers, de la remplacer par une incision très-périphérique de la chambre antérieure, faite avec le couteau lancéolaire, comme pour le premier temps de l'opération de la pupille artificielle. Il retirait lentement le couteau, en appuyant un peu sur l'iris avec le plat de l'instrument, pour éviter la hernie et l'enclavement de cette membrane dans la plaie et faisait l'excision comme à l'ordinaire, si l'un de ces accidents survenait. Mais, malgré toutes les précautions et en raison même de la tension souvent si forte dans l'œil glaucomateux, il arrivait très-souvent que l'iris venait s'engager dans la plaie, plusieurs heures quelquefois après l'opération. Aussi quel-

ques praticiens italiens imitèrent seuls cet exemple et la sclérotomie serait abandonnée aujourd'hui, si l'opération n'avait été réglée de manière à devenir, dans la plupart des cas, d'une exécution facile et d'une innocuité parfaite.

Au lieu d'agir avec un couteau lancéolaire, M. de Wecker se sert actuellement d'un sclérotome, *ad hoc*, ressemblant beaucoup au couteau étroit qui sert à l'extraction de la cataracte par le procédé de Graefe. Seulement cet instrument ne coupe que par sa pointe qui est en forme de lance. La largeur de la lame varie de 2 à 4 millimètres, selon l'étendue que l'on croit utile de donner aux incisions projetées. On pénètre dans le tissu scléral près du bord de la cornée, en haut ou mieux en bas, à 3 millimètres environ de l'extrémité inférieure du diamètre vertical; une fois dans la chambre antérieure, on dirige l'instrument vers un point symétrique du point d'entrée et, en poussant toujours, on finit par tenir l'œil en quelque sorte embroché sur le sclérotome. L'opération est ainsi terminée et il ne s'agit plus que de retirer avec une grande rapidité l'instrument, de manière à éviter la sortie de l'humeur aqueuse et, par conséquent, toute tendance de l'iris à se jeter dans l'une des deux plaies, au moment où le liquide s'échappe de l'œil.

J'ai exécuté cette opération une vingtaine de fois environ, depuis que je l'ai vue pratiquer, cet été, par mon ancien maître, et je puis affirmer, par expérience, que l'iris n'a pas de tendance marquée à venir faire hernie; j'ai toujours eu la précaution d'instiller après l'opération quelques gouttes d'une solution de sulfate neutre d'ésérine, pour immobiliser autant que possible l'iris dans sa position normale.

Ce procédé est donc très-supérieur à celui de M. Quaglino, quant à la sécurité qu'il donne, pendant l'opération, contre l'excès de la tension, qu'on ne peut toujours apprécier à sa valeur avant l'incision de l'œil et aussi contre l'indocilité trop fréquente des malades (au moins dans notre pays). Mais une longue pratique pourra seule démontrer si les deux incisions, ainsi séparées par un pont solide, permet-

tent la filtration recherchée de l'humeur aqueuse, au même degré qu'une plaie unique plus large et qui semble offrir, par son étendue, moins de tendance à une réunion immédiate. J'ajouterai que plus la chambre antérieure sera étroite, plus il sera difficile de la traverser avec le sclérotome tout à fait à sa périphérie, et on devra, dans ce cas, se servir de celui dont la lame est le plus étroite.

Mais l'excision de l'iris, jointe à la ponction de l'œil, ayant donné de bons résultats, pourquoi, sur de simples considérations théoriques, supprimer ainsi le temps de l'opération peut-être le plus important, sinon le seul indispensable? Pourquoi, sans une certitude absolue de son inutilité, cesser de faire l'iridectomie? Cet argument a sa valeur : aussi est-il juste de rechercher quels sont les inconvénients de l'excision de l'iris.

Le premier qui se présente naturellement, est l'éblouissement que donne une large pupille. Il n'y a pas un malade qui, atteint d'une si grave affection, ne soit prêt à subir cet ennui pour conserver un degré même assez faible de la vue.

Une question bien plus importante est celle-ci : l'excision de l'iris est-elle sûre dans ses effets? Tandis qu'on la voit réussir d'une manière *presque* constante dans le glaucome aigu ou chronique inflammatoire, elle donne de fréquents insuccès dans le glaucome simple non inflammatoire.

Il y a plus, dans cette dernière forme de la maladie, on rencontre des cas dans lequels l'œil se trouve fort mal de la brusque détente que donne l'iridectomie. La plaie est, en effet, assez large pour permettre une poussée subite et forte, qui favorise les hémorrhagies intraoculaires, accident toujours grave, et risque d'ébranler de sa position le cristallin suspendu par des attaches si légères; il n'est pas sans exemple, de voir survenir un engagement du cristallin dans la plaie.

Incertitude pour incertitude, il est bien plus prudent, dans ces circonstances, de pratiquer la sclérotomie qui met au moins l'œil à l'abri d'accidents immédiats et irrémédiables.

J'ai déjà insisté sur l'innocuité que m'a présenté jusqu'à présent cette opération ; c'est là un puissant encouragement à l'expérimentation. Mais il faudra choisir les cas et voici comment je formulerais mon appréciation à cet égard :

Si un malade atteint de glaucome est déjà parvenu à un tel état que sa vue soit très-compromise, il faudra préférer l'opération de l'iridectomie, dont la puissance est avérée surtout dans la forme inflammatoire.

Si le malade se présente au début même de l'affection, vu l'innocuité de la sclérotomie, il sera bien justifié d'essayer de réduire la tension par ce moyen, en prévenant bien le malade qu'en cas d'aggravation, si petite qu'elle soit, il devra subir une nouvelle opération . l'iridectomie.

De même, si la vue est déjà perdue sans retour et que de violentes douleurs reviennent encore par accès, l'opération de la sclérotomie sera tentée d'abord, dans le but unique de supprimer les douleurs (1).

Enfin, il vaudra mieux faire la sclérotomie quand on aura trop à redouter l'indocilité du malade ou que l'examen ophthalmoscopique aura révélé une tendance de la maladie à revêtir la forme hémorrhagique.

On le voit, les indications de la sclérotomie dans le glaucome ne seront pas rares et nous ne doutons pas que la nouvelle phase dans laquelle est entrée depuis peu de temps la théorie de la nature des phénomènes glaucomateux, n'engage de plus en plus les praticiens à essayer de ce moyen, avant d'en venir à l'excision de l'iris qui laisse sur l'œil une trace indélébile.

On a conseillé encore de faire la sclérotomie toutes les fois qu'en dehors du glaucome vrai ; on voudra réduire pour

(1) Je dois à la vérité de dire que, depuis la lecture de ce travail à la Société de médecine de Toulouse, j'ai eu l'occasion de pratiquer la sclérotomie dans un cas de glaucome aigu accompagné de douleurs très-violentes, et qu'après deux semaines d'amélioration, les douleurs redevenant fort pénibles, j'ai dû avoir recours à l'opération de l'iridectomie.

un temps la tension de l'œil : dans les abcès et ulcères graves de la cornée avec hypopion, dans l'iritis et l'irido-choroïdite séreuses, dans les ectasies partielles de la cornée pouvant faire craindre le développement d'un staphylome.

Pour ma part j'ai réussi d'une manière remarquable, chez une jeune fille de vingt ans, à conserver intact, par une seule sclérotomie, l'œil gauche affecté d'une première crise très grave de scléro-choroïdite antérieure avec trouble très marqué de la vue et tension considérable de l'œil. Cette personne avait à peu près perdu l'autre œil, il y a plusieurs années, à la suite de semblables accidents, et consulté tardivement, je parvins seulement à conserver, avec la forme de l'organe, un degré faible de vision par l'opération de l'iridectomie (1).

Quant aux malades à qui j'ai pratiqué la sclérotomie pour des cas de glaucome, ils sont encore en observation ; mais aucun ne m'a dit que sa situation se soit aggravée.

C'est à dessein que je ne parle pas dans ce travail déjà trop long de la ponction sclérale préconisée, par Hancock il y a déjà longtemps, et plus récemment du procédé qui a été de la part de M. Lefort l'objet d'une communication à la Société de chirurgie. Ces procédés plus dangereux que celui que j'indique, n'en offrent ni la précision, ni la simplicité d'exécution.

En résumé, les indications de la sclérotomie sont assez bien posées dès aujourd'hui pour que cette opération reste dans la pratique journalière. Il ne lui manque, croyons-nous, pour être appréciée à sa valeur, qu'une seule chose, la consécration que donne le temps.

(1) Cette malade a été présentée à la Société dans la même séance 11 janvier 1879)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE.

Séance du 1er mars 1879.

Présidence de M. MOLINIER, Vice-Président.

Présents : MM. Molinier, Naudin, Armieux, Timbal-Lagrave fils, J. Delaye, Jougla, Garipuy, Dazet, Fontagnères, d'Auriol, Couseran, Giscaro, *Secrétaire-général.*

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

La Correspondance imprimée comprend, outre les publications périodiques habituelles : 1° une lettre-circulaire du Sous-Secrétaire d'Etat au Ministère des beaux-arts, concernant la réunion des Sociétés savantes qui aura lieu à la Sorbonne le 13 avril prochain ; 2° le tome 3 du *Catalogue du Musée Dupuytren* avec son Atlas ; 3° plusieurs numéros de la *Gaceta Medica de Venezuela*, remis par M. Timbal-Lagrave.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Le Secrétaire annuel a présenté le compte-rendu de la discussion qui a suivi la communication orale de M. Fontagnères, sur un cas de calcul urique, traité avec succès par la taille vestibulaire. Rapport adopté.

L'ordre du jour appelle les Conférences du *primâ mensis*. Chaque membre signale les maladies qu'il a observées et qui se rattachent à la Constitution médicale.

M. Roque-d'Orbcastel a pris séance.

M. Jougla, appelé par son tour de lecture, présente un malade atteint d'*atrophie musculaire généralisée,* entré à l'Hôtel-Dieu au mois de novembre dernier, et qui a été pris de variole vers la fin de décembre. L'éruption a suivi la marche normale, elle a été discrète et s'est cicatrisée comme elle l'aurait fait chez un sujet ne présentant pas d'affection des organes de la nutrition intime des tissus. (Observation recueillie par M. Castel, interne du service.)

Après cette présentation, M. Jougla paie son tribut académique en lisant un travail ayant pour titre : *Laryngite suffocante* (croup d'emblée ou laryngite striduleuse grave), chez un enfant de six mois ; traitement par les vomitifs répétés. Guérison.

Il s'agit d'un enfant, fort et vigoureux, qui a présenté tous les symptômes du croup, mais chez lequel on n'a constaté, à aucun moment, l'existence des fausses membranes. L'auteur discute successivement la question du diagnostic et celle du traitement. Il montre, sur le premier point, combien l'ensemble de la maladie a présenté un caractère formel, bien plus grave que ne l'eût été une laryngite striduleuse de forme moyenne, plus grave aussi qu'une laryngite aiguë simple mais très-intense.

Admettant donc comme démontrée l'existence du croup, M. Jougla se demande à quelle variété ce cas appartiendrait, et il conclut à un croup d'emblée à forme localisée. S'appuyant cependant sur les faits aujourd'hui assez nombreux dans la science de faux croups à forme grave, ayant tous les caractères, la marche et l'intensité des accidents du croup vrai, il fait quelques réserves à cet égard.

Mais cette précision du diagnostic est peu importante au point de vue clinique, car, de l'avis de tous les médecins, le faux croup, quand il atteint ce degré d'intensité, est aussi dangereux que le croup vrai, et entraîne la même rigueur dans le pronostic, les mêmes obligations pour le traitement.

Pour le cas actuel le traitement a consisté dans l'emploi de l'ipécacuanha, donné sous forme de sirop additionné de poudre, répété aussi souvent que l'exigeait la situation du petit malade, c'est-à-dire toutes les fois que l'asphyxie a paru menacer la vie. En quatre jours, l'enfant a pris onze fois la dose prescrite, soit en tout 100 grammes de sirop et 1 gramme de poudre, sans que ni la diarrhée ni l'adynamie soient survenues.

M. Jougla rappelle l'opinion de Valleix et celle de Gaussail, sur l'administration des vomitifs dans le vrai croup et le faux croup, et conclut de ce fait à leur emploi comme médication principale, en s'en tenant, si faire se peut, à l'ipécacuanha, plus inoffensif et que l'on peut répéter plus souvent.

Après cette lecture, M. Fontagnères demande que, vu l'heure avancée et l'intérêt du sujet, la discussion soit renvoyée à la prochaine séance, et que le manuscrit de M. Jougla soit laissé à la disposition des membres qui voudraient en prendre connaissance. Adopté.

Le Président met la barre au concours des médailles et désigne, pour faire partie de la Commission chargée de juger les mémoires envoyés au concours, MM. Laforgue, Timbal-Lagrave père, Lafosse, Bonnemaison, Terson, Fontagnères et Caubet.

La séance est levée à 6 heures.

Séance du 11 mars 1879.

Présidence de M. Molinier, Vice-Président.

Présents : MM. Molinier, Peyreigne, Timbal-Lagrave fils, Delaye, Faurès, d'Auriol, Terson, Armieux, Fontagnères, Jougla, Saint-Plancat, Mauri, Couseran, Giscaro, *Secrétaire-général.*

M. le Président annonce que M. le docteur Guinier, membre correspondant, assiste à la séance.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté sans réclamations.

La Correspondance imprimée comprend, outre les publications périodiques habituelles, les ouvrages suivants : 1° *Estudo sobre o ensino medico en Austria et na Allemanna*, par le docteur Motta Maia, avec une lettre d'envoi du Ministère de l'instruction publique ; 2° *Note sur le traitement de l'ataxie locomotrice, par les eaux de la Malou*, par le docteur Belugou, méd. consult, à la Malou ; 3° Le 1er numéro de l'*Union des Écoles*, de Montpellier ; 4° *Index medicus-a Monthly Classified record*, etc.

M. le docteur Guinier fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Etude pratique de gargarisme laryngo-nasal.* — Renvoyé à M. Peyreigne.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

M. Garipuy donne lecture du rapport sur la Constitution médicale du mois de février, qui est adopté.

M. Armieux, appelé par l'ordre d'inscription au tableau à payer son tribut académiqoe, s'excuse de n'être pas prêt et demande un renvoi qui lui est accordé. Il lit ensuite un rapport sur le mémoire de M. Régi, intitulé : *Siradan, ses eaux minérales, leur action physiologique et leurs applications thérapeutiques.*

Il fait l'éloge de ce travail et conclut à son renvoi à la Commission des médailles d'encouragement.

A la suite de ce rapport, une discussion s'engage sur l'action

des eaux de Siradan : MM. Fontagnères, Bonnemaison et Armieux y prennent part.

Le rapport est adopté. Le renvoi à la Commission des récompenses étant de droit, il n'y a pas lieu à voter sur les conclusions.

M. Armieux lit un second rapport sur un mémoire de M. Albert Joly, aide-major à l'Hôpital militaire de Toulouse, ayant pour titre : *Du traitement de la pneumonie aiguë des adultes, par la digitale et l'alcool.*

Le rapporteur fait un éloge sans réserve de ce travail qui indique chez son auteur un esprit d'observation remarquable et une étude approfondie de la question.

Le rapport est adopté. Mêmes conclusions que ci-dessus.

M. Bonnemaison donne lecture d'un rapport sur le mémoire de M. le docteur Montané, médecin-major, intitulé : *Relation de deux petites épidémies de Rougeole et d'Oreillons,* ayant sévi sur le 4e bataillon du 63e de ligne à Périgueux.

Après avoir examiné les faits observés par l'auteur et les commentaires dont il les a fait suivre, le rapporteur conclut que la Société doit encourager les travaux de ce genre, et qu'il y a lieu de recommander le mémoire de M. Montané à la Commission des médailles.

Le rapport est adopté. Même décision que ci-dessus pour les conclusions.

L'heure étant avancée, M. le Président propose de renvoyer à la prochaine séance la discussion sur le travail de M. Jougla. Il donne ensuite la parole à M. Guinier.

Celui-ci, après avoir exprimé le désir que sa brochure soit renvoyée à un rapporteur, expose en quelques mots les perfectionnements qui ont été introduits à la station thermale de Cauterets, en particulier dans les moyens de faire pénétrer dans les organes de la respiration l'agent médicamenteux de ses eaux. Il décrit les nouveaux appareils d'inhalation qui ont été installés, et qui ont surtout pour effet d'avoir une température tiède constante dont les malades sont très-satisfaits.

Après quelques mots de félicitations de M. Armieux, M. le Président remercie M. Guinier de son intéressante communication.

La séance est levée à 6 heures 10 minutes.

Séance du 21 mars 1879.

Présidence de M. Janot, Président.

Présents : MM. Janot, Mauri, Delaye, Baillet, d'Auriol, Bonnemaison, Jougla, Timbal-Lagrave fils, Naudin, Couseran, Terson, Armieux, Giscaro, *Secrétaire-général*.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

La Correspondance imprimée a fourni, outre les publications périodiques habituelles : 1° Précis analytique des travaux de l'Académie des sciences, lettres et arts de Rouen 1877-78; 2° Mémoires et comptes-rendus de la Société des sciences médicales de Lyon 1878; 3° *La vérité sur les tours*, par le docteur Delore, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon, Lyon 1879. — Renvoyé à M. Basset pour un rapport verbal; — 4° *Etude historique et clinique sur la trépanation du crâne*, par le docteur Lucas-Championnières, Paris 1878. — Renvoyé à M. Molinier.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

M. Bonnemaison, appelé à payer son tribut académique, lit un mémoire ayant pour titre : *Quelques réflexions sur les formes cliniques de la pneumonie aiguë.*

L'auteur dit que le Mémoire qu'il présente à la Société n'est qu'un chapitre d'un travail plus considérable sur le même sujet. Il étudie et discute les diverses formes admises par les auteurs et fait ressortir les différences considérables qui doivent en résulter tant au point de vue du pronostic qu'à celui de la thérapeutique de cette maladie, et résume son opinion en disant que le clinicien n'a pas à traiter des pneumonies, mais bien des pneumoniques.

Cette lecture est suivie d'une courte discussion à laquelle prennent part MM. Armieux, Mauri et Janot.

MM. Roque-d'Orbcastel, Dazet et Ripoll ont pris séance pendant la lecture de M. Bonnemaison.

L'heure avancée ne permettant pas d'épuiser l'ordre du jour, la discussion sur le travail de M. Jougla est renvoyée à une prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures 55 minutes.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de mars 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

La constitution médicale du mois de mars a été essentiellement catarrhale, et c'est sur les caractères particuliers qu'ont présentés les affections de cette nature que se sont portées toutes vos observations. Vous avez insisté sur les accidents d'intermittence qui venaient compliquer la plupart des maladies traitées pendant ce mois; et l'un de vous s'est demandé si les morts subites assez nombreuseses qui ont été signalées n'avaient pas pour cause des accès pernicieux.

Après les bronchites, les pneumonies, les angines, les embarras gastriques fébriles, vous avez eu surtout à traiter des malades atteints de fièvre muqueuse ou de fièvre typhoïde. Cette dernière s'est présentée souvent à votre observation et avec des caractères graves. L'état civil vient, du reste, confirmer les craintes que vous aviez eues à ce sujet. Treize individus ont en effet succombé à la suite de cette grave maladie. C'est un point noir à signaler, afin que les personnes chargées de veiller à l'observation des règles de l'hygiène publique en exigent la pratique, et que chaque famille se soumette à une bonne hygiène privée.

La variole semble disparaître du cadre nosologique. Nous ne lui devons plus que deux décès qui concernent l'un un enfant de sept ans de la rue des Prêtres, et l'autre un enfant de trois ans du quartier Guilleméry. Nous constatons avec plaisir cette diminution notable des cas de mort, tout en invitant à se mettre toujours en garde contre les retours offensifs de cette maladie.

Les oreillons existent réellement à l'état épidémique, et chacun de vous en a observé un certain nombre. Mais vous avez aussi tous remarqué qu'ils n'étaient pas suivis des accidents métastatiques qui en font le danger.

Les cas de croup, le mois dernier nombreux, ont été au contraire ce mois-ci heureusement assez rares. Deux décès seulement lui sont dus. Il est bon cependant d'ajouter que vous avez eu à traiter un assez grand nombre d'angines et de laryngites revêtant des caractères très-graves.

Les vieillards sont toujours les plus frappés par la constitution médicale actuelle. Viennent ensuite les phthisiques. Les jeunes enfants d'un jour à un an occupent, dans le cadre nécrologique, le troisième rang. Ils atteignent le chiffre de 32.

En résumé, la constitution médicale conserve le même caractère que les mois derniers; et il est juste de dire à son avantage que la mortalité n'en est pas accrue.

REVUE DES JOURNAUX ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Guérison d'un malade atteint d'un hoquet depuis deux ans. — M. le docteur E. Barré rapporte l'observation d'un homme de 45 ans, d'un tempérament très-nerveux, impressionnable à l'excès qui, à la suite d'une émotion ressentie par la perte de sa fille, fut pris d'un hoquet continuel et insupportable. Furent successivement employés sans amélioration bien sensible ou durable les perles d'éther, le bromure de potassium, les injections sous-cutanées de morphine, les pilules de valérianate, de zinc, l'hydrothérapie, le cloroforme, le quinquina, le fer, etc. La compression épigastrique récemment préconisée et qui avait déjà réussi entre les mains de Rostan et de Bordeu n'eut dans ce cas aucun succès.

Le 12 janvier 1879, le docteur Barré prend inconsciemment une sonde œsophagienne qui était sur son bureau et l'introduit dans la gorge de son malade. Une syncope dont le malade revint bientôt fut la conséquence de ce cathétérisme. Le surlendemain 14 janvier, le malade revint tout joyeux annoncer à son médecin que depuis l'introduction de la sonde il n'avait eu que trois faibles accès de hoquet, ce qui ne lui était pas arrivé depuis deux ans. Un nouveau cathétérisme proposé par le médecin est accepté et bravement supporté par le malade. Trois jours après il vient dire au docteur Barré qu'il n'avait plus rien éprouvé. Le 20 février, c'est-à-dire 37 jours après, le malade n'avait pas eu de nouvel accès; sa gaîté est revenue, il mange avec appétit, et tout fait présager que les spasmes douloureux ne reviendront plus.

(*Union médicale de Paris*, 15 mars 1879.)

OBSERVATIONS météorologiques et nature des caus
l'Etat civil pendant

Altitude : 146 m.

DATES.	Pression atmosphérique.	Température de la journée. max	min	Humidité relative.	Pluie ou neige	Vents	Variole. H.	F	Rougeole. H.	F.	Scarlatine. H.	F.	Erysipèle. H.	F.	Fièvre typhoïde H.	F.	Rhumatisme. H.	F.	Diphthérite ou croup. H.	F.	Tuberculisation. H.	F.	Vieillesse. H.	F.	
1	748, 2	8	4	83	2,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	3	1
2	750, 7	11	3	90	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	4	1	1
3	749, 5	13	2	81	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	2	1	1
4	753, 6	14	3	89	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	2	3
5	757, 6	12	3	84	.	O	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	2	1	2	3
6	757, 5	14	2	81	.	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	2	.
7	757, 3	14	2	87	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1	3	1
8	758, 3	17	4	83	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	1	1
9	759, 6	16	7	82	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	1
10	763, 0	17	5	91	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	2	.	1	3
11	757, 2	10	7	82	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	1	2
12	754, 9	14	5	76	.	N	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	3	2
13	752, 9	12	3	65	.	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.
14	747, 4	14	3	70	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1	3	1	1
15	748, 5	16	5	76	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	.
16	750, 6	18	7	72	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	1	1	.
17	745, 9	19	6	62	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	2	.	1
18	736, 9	18	12	64	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	1
19	736, 6	17	8	73	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.	1	2	.
20	732, 5	15	10	69	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.
21	737, 2	16	5	86	16,2	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
22	736, 5	16	7	80	3,2	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	2
23	737, 3	13	5	88	13,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	.
24	739, 2	9	5	89	9,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	1	.
25	741, 2	13	5	84	1,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	1	1	1
26	738, 2	15	5	70	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	1	1	.	2	3
27	736, 2	17	6	74	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	4	.
28	742, 7	18	4	89	7,3	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1	1
29	756, 0	13	4	86	4,5	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.
30	749, 3	16	6	76	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	3
31	744, 5	21	8	63	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.
MOYENNES DU MOIS :	747, 6	15	5	78	1,8		2		.		.		.		13		2		1		34		79		32

Total général des décès........

le **DÉCÈS** *à Toulouse, d'après les déclarations faites à*
nois de Mars **1879.**

Population ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants.		Hémorrhagie cérébrale.		Paralysies.		Maladies de l'appareil respiratoire : Pleuro pneumonies		Respiratoire : Bronchites		Respiratoire : Chroniques		Circulatoire : Aiguës		Circulatoire : Chroniques		Digestif : Diarrhées. dysenterie.		Digestif : Cholérine.		Suites de couches.	Affections chirurgicales		Morts violentes : Accidentelles.		Morts violentes : Volontaires.		Causes diverses.	
H.	F	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
.	.	.	1	1	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	2
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	1	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	1	.
.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1
.	1	.	2	1	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	2	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3
.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
6		6		10		11		4		14		.		8		2		.		1	1		2		2		45	

Hommes.......	124	275	Naissances.....	Garçons........	150	267
Femmes	119			Filles..........	117	
Jeunes enfants..	32					

Mort-nés.......	Garçons.........	8	16
	Filles..........	8	

CHRONIQUE.

Nominations. — M. le docteur Armieux, médecin principal à l'hôpital militaire de Toulouse, vient d'être nommé officier d'Académie.

— Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, en date de 30 mars 1879, sont nommés :

M. le docteur Noguès, médecin du Lycée, en remplacement de M. Lafont-Gouzi, décédé ;

M. le docteur Ripoll, chirurgien du Lycée, en remplacement de M. le docteur Noguès, nommé médecin.

— Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse sera ouvert le 15 octobre 1879.

Nécrologie. — Le corps médical de Toulouse, déjà si cruellement décimé par la mort dans le courant de l'année dernière, vient encore de subir de nouvelles pertes. Nous avons aujourd'hui la douleur d'adresser l'hommage de nos regrets à la mémoire de deux de nos honorables confrères, MM. les docteurs Lafont-Gouzi et Delaye.

Lafont-Gouzi si sympathique à nous tous, à cause des précieuses qualités de son cœur, de son honorabilité dans la pratique médicale, et des excellents sentiments de confraternité qui l'animaient, a succombé, jeune encore, sous les coups d'une longue et cruelle maladie. Il était médecin du Lycée, du bureau de bienfaisance, et de plusieurs établissements d'instruction publique. Il avait présidé pendant deux années l'Association des médecins de Toulouse, et quand les premières atteintes du mal qui l'a enlevé sont venues l'assaillir, il occupait le fauteuil de président de la Société de médecine de Toulouse.

Delaye est mort à 90 ans, estimé et honoré de tous. Il était le doyen du corps médical de notre ville et de notre association. Condisciple et ami de nos premiers aliénistes contemporains dont il continuait les traditions et le savoir, il a dirigé pendant longtemps à Toulouse une maison de santé dont il avait été le fondateur et qu'il avait ensuite cédée à Foville, mort quelques mois avant lui.

Le Secrétaire du Comité de publication,
Dr E. Peyreigne.

Toulouse.— Imp. DOULADOURE.

Mai 1879. XIIIe année. N° 5

REVUE MÉDICALE
DE TOULOUSE.

DE LA SPONTANÉITÉ EN FACE DE LA CONTAGION ;

Par M. LAFOSSE.

Messieurs,

Un demi-siècle à peine nous sépare de l'époque où la spontanéité des maladies contagieuses était généralement adoptée ; le virus était alors le seul agent de la contagion ; il n'y avait même pas d'exception en faveur des maladies dont les lésions recèlent des parasites minuscules, doués de cette merveilleuse fécondité qui les rend si propres à la propagation des effets morbides, aussi bien sur le sujet déjà frappé que sur d'autres encore indemnes. Aujourd'hui, des expériences savamment conduites ne peuvent plus laisser subsister le moindre doute sur le rôle de ces êtres : ils ont pris la place des virus et, par suite, la doctrine de la spontanéité a été ébranlée dans ses fondements.

Toutefois, l'*hétérogénisme* morbide subsiste ; il compte des adeptes jusque dans les sphères les plus élevées de la science, et, comme il nous paraît exercer une influence nuisible sur l'hygiène générale, sur la prophylaxie, et même sur la médecine juridique, nous croyons utile d'examiner jusqu'à quel point le culte dont il est l'objet est justifié et si le moment n'est pas venu de lui substituer définitivement l'*homogénie* morbide.

Dans l'accomplissement de cette tâche, qui n'est pas sans

écueils, nous aurons à rechercher d'abord pourquoi la doctrine de la spontanéité compte encore des prosélytes. Nous nous efforcerons ensuite de mettre en relief tout ce qui tend à prouver qu'elle doit enfin faire place à celle de la spécificité. Nous terminerons en faisant ressortir la supériorité de cette dernière lorsqu'il s'agit d'entrer dans le domaine des applications.

I

L'homme, on le sait, a une tendance irrésistible à persister dans les croyances longtemps partagées, qu'il les ait reçues par tradition ou qu'elles reposent sur ses propres études, tout insuffisantes qu'elles soient; mais, nous ferons abstraction de cette cause et nous rechercherons, dans les difficultés de la science elle-même, la tenace vitalité du spontanéisme en matière de contagion. Nous serons ainsi amené à passer successivement en revue la part qu'ont prise à la persistance de cette doctrine :

A, le concours de conditions au milieu desquelles naissent et se propagent assez souvent les maladies contagieuses. — B, l'inconstance de la contagion. — C, la nature encore ignorée de certains agents contagifères. — D, les idées contradictoires de nos jours en présence, concernant l'origine de ces agents, alors que leur nature ne peut plus être contestée. — E, enfin, l'obscurité qui règne encore sur les habitats, la conservabilité, la dissémination de certains d'entre eux.

A. — *Concours de conditions au milieu desquelles naissent et se propagent assez souvent les maladies contagieuses.* — Nous ne pouvons méconnaître que bien souvent les maladies contagieuses naissent, se multiplient parfois, au point de former des épidémies, au milieu de perturbations hygiéniques bien propres à faire éclore des affections de toutes sortes. Dès lors, n'est-il pas naturel que certains esprits, influencés par des apparences, voient dans ces per-

turbations de véritables causes efficientes, tandis qu'en réalité elles ne sont qu'un voile sous lequel se dérobe la cause spécifique du mal ? Quelques exemples vont suffire pour mettre en évidence combien est fondée cette affirmation.

La morve a été mise sous la dépendance des grandes agglomérations de chevaux, de leurs fatigues excessives, des privations auxquelles on les expose. Les débats académiques dont cette opinion, mise en regard de la spécificité, a été l'objet, il y a quelques années, laisseront des traces ineffaçables. Ils ont au moins eu pour résultat d'ébranler les spontanéistes, de les engager à rechercher de plus près les traces de la contagion, et c'est de cette époque que date la découverte de ces morves insidieuses, dites *latentes*, qui trop souvent se glissent dans les grandes agglomérations et y entretiennent la contagion, pendant qu'on se livre à d'inutiles efforts pour combattre des causes invoquées à faux.

En vain, dans le siècle dernier, avait-on accusé le typhus spontané des bêtes à cornes d'attaquer exclusivement des races originaires de l'orient de l'Europe ; on soutenait encore, il y a quarante années à peine, que toutes les races indistinctement pouvaient le contracter, sous la seule action d'une combinaison de causes, parmi lesquelles on citait surtout : les rassemblements en grandes troupes, les marches forcées, l'exposition aux intempéries et la disette ; tandis qu'aujourd'hui, grâce à une critique judicieuse et à des observations dirigées par la véritable méthode scientifique, on est bien convaincu que les races de l'Occident ne sont sujettes au typhus qu'à la condition d'en recevoir le germe par contagion, cette maladie étant le privilége de certaines contrées, plus encore que de certaines races de l'Europe orientale.

Il y a vingt-cinq ans environ, lorsque la *Dourine*, maladie du coït ou *aphrodippose*, fit son apparition dans la plaine de Tarbes, non-seulement on l'attribuait à l'abus de la copulation, aux vicissitudes atmosphériques, à une consti-

tution humide on catarrhale, mais encore on mettait en doute sa contagion. On a été bientôt obligé de reconnaître l'extrême contagiosité du mal et, actuellement, on attribue son importation à des étalons orientaux, ayant eux-mêmes puisé à une source qu'il nous répugne de nommer.

La péripneumonie du gros bétail est encore, pour certains spontanéistes, un produit des contrées montagneuses, si remarquables par leurs intempéries. Sans doute, les perturbations atmosphériques si violentes dans ces régions sont les causes pathogéniques; mais est-ce une raison pour qu'une inflammation spécifique du poumon et de son enveloppe naisse de ces causes? N'y a-t-il pas eu de tout temps des montagnes en Ecosse, dans le pays de Galles, et pourtant, grâce à son isolement absolu, le Royaume-Uni ne connaissait pas la péripneumonie avant 1842. C'est à partir de cette époque seulement, que le bill prohibitif d'importation ayant été levé, l'Angleterre subit les premières atteintes de cette cruelle maladie qui, jusque-là inconnue, reçut le nom de *new-disease*.

Nous en dirons autant de la clavelée, que les étiologistes faisaient naître de l'ennui, de la rouille des plantes, de l'air malsain, toutes conditions que les bêtes ovines peuvent rencontrer en Angleterre aussi bien qu'ailleurs; et pourtant, la maladie varioleuse ne fit son apparition dans le Royaume-Uni qu'à l'époque où la consommation toujours croissante de la viande fit autoriser l'importation des bêtes ovines du continent.

Ne serait-il pas oiseux, après de pareils exemples, d'en chercher d'autres en preuve de la facilité avec laquelle on prend le change, lorsqu'on s'obstine à faire dériver les maladies contagieuses d'une autre cause que la contagion? Examinons donc l'appui que son inconstance donne à la spontanéité.

B. — *Inconstance de la contagion.* — Il est incontestable que la contagion ne résulte pas toujours du contact, alors

même que l'agent spécifique a été mis directement aux prises avec un organisme sain. Inoculez à la lancette la vaccine, la clavelée ou toute autre maladie, vous trouverez, à côté d'une majorité de sujets contaminés, quelques individus réfractaires ; à plus forte raison le nombre des indemnes s'accroîtra-t-il lorsque, au lieu d'inoculation intentionnelle, n'interviennent que des rapports accidentels, comme, par exemple, le rassemblement, la cohabitation, la rencontre, le passage fortuits en un lieu ou dans une atmosphère antérieurement occupé par un foyer de contagion. Il peut se faire alors que, non pas quelques-uns seulement des individus exposés, mais la plupart, la totalité même parfois, échappent à la contagion. C'est au point que les observateurs ou les étiologistes peu rigoureux peuvent être amenés à conclure, ou que la maladie du sujet considéré comme foyer n'était pas contagieuse, ou bien même, lorsqu'il s'agit d'une de ces affections dont le caractère contagieux ne peut être tenu en doute, qu'elle n'existait pas chez l'animal sur lequel pourtant on en avait constaté tous les caractères. Nous pouvons affirmer que cette dénégation s'est produite tout récemment en justice pour un cas de morve.

Il est facile de comprendre le parti que les spontanéistes tirent des faits de cette sorte ; ils concluent tout au moins que l'agent spécifique n'est pas en puissance absolue de la contagion ; et comme, assez souvent, sans que l'intervention de cet agent ait été saisie, la maladie contagieuse apparaît, comme son apparition peut coïncider avec une cause ou un concours de causes réputées pathogéniques ; comme, enfin, il arrive parfois que le mal s'accroît et se multiplie presque en proportion de l'intensité de ces causes, on se croit autorisé à faire l'application du *post hoc ergo propter hoc*, genre de sophisme qui a enrayé tout progrès, jusqu'au moment où l'on s'est enfin décidé à prendre pour guide la véritable méthode d'observation.

Si des obstacles au triomphe de la saine doctrine dérivent

des deux sources qui précèdent, il faut encore convenir que d'autres ont eu pour point de départ l'ignoranee où l'on est resté longtemps touchant la nature des agents de contagion.

C. — *Nature des agents de contagion.* — L'obscurité qui enveloppait ce sujet n'est sans doute pas encore entièrement dissipée ; mais tout au moins a-t-on saisi les êtres qui, incontestablement, sont les véritables agents provocateurs de certaines maladies contagieuses. On a bien essayé, et on avait pour cela de bonnes raisons, d'établir que ces êtres étaient des effets des maladies contagieuses et non leurs causes. On a encore tout récemment cherché à faire prévaloir cette opinion ; mais on lui a opposé des expériences si rigoureuses qu'elle n'a pu prévaloir.

Malheureusement, toutes les maladies contagieuses n'ont pas laissé voir ces êtres manifestement animés d'une vie propre et doués d'un mode quelconque de reproduction ; mais, comme compensation, on a trouvé dans les humeurs dites virulentes des corpuscules figurés qui, seuls et indépendamment de leurs plasmas, jouissent du pouvoir contagifère. — Nous verrons bientôt l'appoint puissant que trouve dans ces découvertes la doctrine de la spécificité.

On aurait pu croire que la constatation des êtres ou des corps minuscules, possédant seuls la propriété contagieuse, dût renverser dans ses dernières assises la doctrine de la spontanéité ; il n'en fut rien pourtant, car ses adeptes cherchèrent et certains croient avoir trouvé un refuge dans l'hétérogénie. Nous ne les y suivrons pas, impuissants que nous sommes à monter jusqu'aux sommets sans limites de la création. Pourtant, quoique décidé à ne pas engager une discussion sur ce point, nous ne pouvons passer outre sans présenter quelques objections.

Fondée sur des faits reconnus erronés, même par quelques-uns de ceux qui les ont produits, et, en tout cas, sans ’eur démonstrative, la spontéparité ne peut, en aucune s’appliquer aux êtres animés qui provoquent et pro-

pagent les maladies contagieuses. Ces agents propagateurs, réduits même aux proportions de corpuscules ou de cellules organiques, n'en sont pas moins des produits directs de la vie ; ils ont en eux la puissance génératrice et, jusqu'ici, personne, aucune combinaison des éléments ou des forces inorganiques n'est parvenu à créer de tous pièces le plus infime d'entre eux. L'aphorisme *omne vivum ex vivo* subsiste donc dans son intégrité. — Prétendrait-on qu'il existe dans tous les êtres vivants un protoplasme identique, en puissance de produire les êtres minuscules, les amibes, les cellules organiques ? Rien n'est défendu à l'imagination. On peut même aller jusqu'à croire que ce protoplasme existe libre en dehors de l'organisme et jusqu'à lui trouver un représentant ou un spécimen dans le *Bathybius Hœckelii* de Huxley, simple précipité gélatineux de sulfate de chaux. Mais le protoplasme amorphe ne peut de sa propre substance engendrer les éléments organiques figurés des êtres vivants ; il fournit à ces éléments la nourriture ; il sert ainsi à leur prolifération ; son rôle ne va pas au delà. A plus forte raison le bathybius ne peut-il donner naissance à aucun être vivant. On serait bien en droit de demander une démonstration à ceux qui prétendraient le contraire.

Qu'il nous soit permis aussi de nous livrer sur les corpuscules germes à quelques réflexions.

On ne sait pas encore ce qui donne à ces corpuscules la vertu spécifique. Ne provient-elle pas de ce qu'ils ne sont qu'un état transitoire d'êtres plus parfaits ? Peut-être en est-il d'eux comme de ces infiniment petits du monde organique qui subissent des métamorphoses avant d'arriver à leur plus complète évolution, ou de ceux qui, même sous leurs formes transitoires et imparfaites, sont doués de ce mode singulier de reproduction dite *parthénogénique*. Est-ce dans l'individu qui recèle les corpuscules germes que se feraient ces métamorphoses ? Ne serait-ce pas plutôt dans le monde extérieur ou dans d'autres organismes ? Nous ne voulons rien préjuger. Mais, si nous considérons

les belles découvertes de la science moderne, à la recherche des infiniment petits, les résultats auxquels sont arrivés récemment MM. Pasteur et Toussaint, en ce qui concerne les bactéridies et celles de M. Mégnin, relatives à ces acariens qui, privés d'une nourriture suffisante, restent à l'état de larves assez longtemps pour que ces dernières aient été considérées comme espèces particulières, on pourra nous concéder que de tels exemples autorisent des hypothèses qui, prises pour guide, pourraient faire jaillir la lumière snr des points encore bien obscurs. Une autre considération ne suffirait-elle pas, du reste, à elle seule, pour les motiver ? Est-ce que les agents contagifères ne semblent pas s'affaiblir ? Est-ce que leur action ne s'épuise pas, en effet, lorsqu'elle s'est exercée, à diverses reprises, sur une succession d'individus d'nne espèce donnée, de même que la reproduction parthénogénique arrive à son terme pour les êtres qui en sont doués, lorsqu'elle s'est accomplie suivant une certaine série numérique, si elle ne se retrempe pas à sa source primitive ?

Nous n'insistons pas davantage, car nous avons hâte d'en finir avec le premier point de notre travail. Pour y parvenir, nous n'avons plus qu'à nous arrêter un instant sur la dernière condition à laquelle nous attribuons la résistance des spontanéistes ; nous voulons dire l'insuffisance des données acquises jusqu'à ce jour sur l'origine, l'habitat, la conservabilité et la dissémination des agents contagifères.

D. — *Origine ou source de l'agent de contagion.* — Bien souvent, dans le domaine de l'observation commune, on constate l'apparition de maladies contagieuses, sans que l'on puisse saisir où les animaux qui les présentent en auraient puisé les germes. Sans doute, des recherches approfondies feraient le plus souvent remonter jusqu'à la source évidente de la contagion ; mais ces recherches sont pleines de difficultés, et il faut bien avouer que, malgré tous les soins qu'il est possible d'y apporter, il arrive parfois qu'elles

restent sans résultats. Les spontanéistes voient dans cette impuissance un argument décisif en faveur de leur doctrine. Aussi se hâtent-ils de formuler le syllogisme suivant, accepté comme axiome par les esprits peu rigoureux :

Une maladie contagieuse est née sans avoir été précédée d'un foyer de contagion, donc, elle s'est produite spontanément.

E.—La conclusion serait tout autre si l'on eût tenu compte de trois éléments bien propres à faire prendre le change : c'est, d'un côté, l'*habitat*, d'un autre, la *dissémination*, enfin, la *conservabilité* des agents contagifères. Nous allons, avant de faire ressortir la part que prennent ces éléments à la solution du problème que nous nous sommes posé, mettre en relief les bases, selon nous inébranlables, sur lesquelles s'édifie la doctrine de la spécificité.

(La suite prochainement.)

LA VARICELLE EST-ELLE UNE VARIOLOÏDE MODIFIÉE ?

Par le docteur F. HUET.

Pendant la durée de mes études médicales et longtemps après, aujourd'hui encore, j'ai accepté et j'accepte toujours les opinions de mes maîtres. J'ai cherché surtout à retenir les opinions souvent différentes de tels ou tels. Malgré cela, croyez-le, je suis ennemi du *magister dixit*, car j'ai eu souvent à constater que plusieurs de nos grands maîtres avaient été obligés d'abandonner certaines théories sur lesquelles pourtant ils s'étaient élevés.

Aussi, je me suis promis de bénéficier de ma petite expérience toutes les fois que l'occasion se présenterait. Je n'ai

jamais eu l'intention de juger en dernier ressort. Mais j'ai pour principe de me tenir en garde contre toutes les théories qui ne se trouvent point d'accord avec ce que m'apprend tous les jours la pratique.

C'est pourquoi je me suis posé cette question :

La varicelle est-elle une varioloïde modifiée ?

Le 25 janvier 1878, je fus appelé pour donner mes soins à un enfant de 2 ans, domicilié rue Vidale, 5. Je me rendis à cet appel, et je trouvai un petit garçon malade déjà depuis quelques jours. Il était couché avec son frère âgé de un à deux ans de plus que lui.

J'avais été appelé un peu tard. Une éruption était survenue, et alors on n'avait plus hésité. On était venu me chercher. Je remarquai, en effet, sur la face une éruption très-discrète, un peu moins discrète sur le corps. J'avais à faire à une varicelle bien caractérisée, que je n'eus pas de peine à reconnaître. Je n'avais été appelé qu'à la période d'éruption, et je constatai des vésicules types, vésicules remplies plus tard de sérosités opaques, lactescentes qui commencèrent bientôt à se dessécher et à être remplacées par de petites croûtes minces et brunâtres. Je cessai mes visites le 1er février. Je revins cependant le 5 février pour la dernière fois. L'enfant en pleine convalescence n'avait plus besoin de mes soins.

Lorsque je vis cet enfant, je ne craignais pas la contagion de la varicelle ; mais par prudence, je conseillais aux parents de renvoyer de la maison le frère du malade, et surtout je défendis de les faire coucher ensemble.

J'insistai d'autant plus que je venais d'apprendre que, quelques jours auparavant, dans une maison voisine, un jeune homme avait été atteint de variole, et qu'il était mort malgré les soins empressés et dévoués de son médecin, membre de notre Société.

(Qu'il me soit permis d'ajouter que j'ai été très-heureux d'entendre faire l'éloge d'un de nos confrères. Cela est tellement rare, surtout après le décès du client, que je n'ai pu résister au plaisir d'ouvrir ici une parenthèse.)

Je dois dire aussi, fait important, que mon petit malade n'avait pas été vacciné.

Le 14 février, je suis rappelé dans la même famille, mais les rôles étaient changés.

C'était le père, homme de 40 ans, qui réclamait mes soins.

A mon arrivée, je vis une éruption très-confluente sur le front, rien sur les autres parties de la face, rien sur le corps. Cet homme était souffrant depuis plusieurs jours et j'avais peine à croire qu'il eût hérité avec usure de la varicelle de son jeune enfant. Cependant je fus obligé de lui déclarer que je n'avais aucun doute sur sa maladie et qu'il avait la variole.

Il nia le plus énergiquement possible, je pourrais dire effrontément. En un mot, il ne voulait pas avoir la variole. Il alla jusqu'à me donner une explication sur son éruption frontale. Il avait, disait-il, trempé un bandeau dans de l'eau sédative très-forte pour faire disparaître une céphalalgie opiniâtre, et grâce à cela, était apparu une éruption. « Il était sauvé. L'eau sédative joue souvent un trop grand rôle dans certaines classes de la société. »

Mais le lendemain et jours suivants, l'éruption se montrait là où l'eau sédative n'avait point touché, et l'illusion de mon pauvre ouvrier tailleur s'évanouissait de plus en plus, la variole n'était plus douteuse pour lui. Nous avions à faire à une variole confluente. Il y eut même du délire, et je me croyais revenu aux malheureux jours où nous avions dans nos murs les enfants de la Marne.

Heureusement, ce brave homme qui n'est pas dans une position brillante n'a pas été enlevé à sa nombreuse famille, dont il est la principale ressource.

Que résulte-t-il de ce que je viens de dire?

1° Que, pendant un moment où la variole s'est montrée à Toulouse, un petit enfant de 2 ans non vacciné a pu être contaminé par un voisin varioleux et avoir une simple varicelle, etc.;

2° Que cette varicelle a engendré une variole confluente chez le père, homme de 40 ans, vacciné.

Voilà un fait : que faut-il en conclure?

Ici, Messieurs, qu'il me soit permis de vous rappeler l'opinion de Trousseau. Je la copie textuellement :

« Si, relativement à l'identité de la variole et de la
» variole modifiée, je suis de l'avis de tous les médecins,
» il n'en est plus de même quant à la varicelle ou la petite

» vérole volante, comme on l'appelle encore vulgairement.
» Vous lirez, vous entendrez dire et répéter qu'elle n'est
» qu'une variole modifiée; que la varicelle et la varioloïde
» sont deux maladies identiques, que toutes deux sont des
» manières d'être de la variole. Vous connaissez déjà mon
» opinion à cet égard : pour moi comme pour bien d'autres,
» la varicelle et la varioloïde sont deux maladies aussi
» étrangères l'une à l'autre que le sont la variole et la rou-
» geole, se ressemblant aussi peu que celle-ci et la scar-
» latine se ressemblent, aussi différentes par leurs allures,
» par leur nature intime, par leurs formes que deux ma-
» ladies peuvent l'être; et, j'ose le dire, il faut que les
» médecins, qui soutiennent l'opinion contraire, ne se
» soient jamais donné la peine de regarder des varicelles,
» pour ne pas être convaincus de leur erreur. »

Vous le voyez, Trousseau n'hésite pas; c'est le grand maître qui parle; il n'admet pas une opinion contraire.

Grisolle parle aussi de la varicelle et, après avoir donné les idées de plusieurs médecins; il conclut timidement, se rangeant sous la bannière de Trousseau, mais avec toutes les réserves possibles. Il ne nie rien, il raconte : les uns ont dit ceci, les autres cela, on a nié, etc.

« On voit donc, dit-il, qu'il existe encore à cet égard
» beaucoup d'incertitudes et il est impossible de se pronon-
» cer sur ce sujet avec connaissance de cause.

» Cependant, en ne tenant compte que des caractères de
» l'éruption elle-même, nous croyons que la varicelle cons-
» titue une affection distincte de la variole, comme elle
» l'est de la varioloïde. »

Vous le voyez, Messieurs, il y a loin de ce langage modeste de Grisolle au langage magistral de Trousseau.

Grisolle n'est pas parfaitement convaincu.

Faut-il répondre qu'il ne s'est jamais donné la peine de regarder des varicelles ou qu'il a mal vu? Valleix aussi ne se prononce pas catégoriquement.

« Si les auteurs sont unanimes pour regarder la vario-

» loïde comme une variole modifiée, il n'en est plus de » même quand il s'agit de la varicelle.

» Cependant, les faits signalés par Thomson, Berard et » Lavit me paraissent très-dignes d'attention.

» Trousseau professe, à l'endroit de la varicelle ou petite » vérole volante, une opinion qui n'est pas celle du plus » grand nombre des médecins. »

Valleix, vous le voyez, sans se prononcer bien affirmativement, se place aussi dans la catégorie de ceux qui n'ont pas voulu se donner la peine de regarder.

Quant à moi, Messieurs, grâce à mes deux malades, je me suis posé quelques questions; et après un examen soutenu, j'ai pensé avec Rayer, Thomson et d'autres que la varicelle avait la même origine, la même source, qu'elle était produite par le même contagium que la variole.

Thomsom, d'Edimbourg, qui, l'un des premiers, a soutenu cette doctrine a fondé son opinion :

1° Sur l'existence simultanée de la variole et de la varicelle dans le cours d'une épidémie de variole;

2° Sur ce que la varicelle ne se rencontre que chez des sujets ayant eu plus ou moins longtemps avant une variole ou une vaccine;

3° Enfin, sur la possibilité de produire une variole avec la varicelle et réciproquement.

J'ajouterai une quatrième raison que vient de me suggérer l'observation que j'ai eu l'honneur d'exposer devant vous.

C'est 4° la possibilité de ne pas donner la variole à un sujet non vacciné et venant d'avoir la varicelle. Voilà des bases qui pouvaient certainement être battues en brèche, et avouons-le, on ne s'en est pas privé.

On a contesté à M. Thomson l'exactitude de tous ces faits. Ceci est toujours facile.

Mais a-t-on prouvé le contraire de ses assertions? Je ne le crois pas.

Certainement, on peut tirer une conséquence de l'exis-

tence simultanée de la variole et de la varicelle dans le cours d'une épidémie de variole.

Oui, je l'avoue, si ces deux maladies venaient constamment ensemble, c'est qu'elles seraient de la même famille, et que l'une ne serait qu'une variété de l'autre à un degré plus ou moins élevé.

Mais, Messieurs, cette simultanéité n'est pas rare. Je crois même pouvoir dire que c'est la règle générale, et sans remonter au déluge, je pourrais dire que, pour ma part, j'ai vu autant de varioles que de varicelles dans le courant de cette année ; mais je dois dire aussi que j'ai vu souvent des varioles, sans constater nulle part des varicelles.

De ce que la variole peut venir accompagnée ou non de varicelle, peut-on conclure qu'aucun lien n'existe entre ces deux maladies ? Je ne le crois pas.

Thomson a fondé son opinion aussi :

Sur ce que la varicelle ne se rencontre que chez des sujets ayant eu plus ou moins longtemps avant une variole ou une vaccine. Alors la varicelle n'est qu'un diminutif.

Il est difficile en ce moment de citer des faits contraires à l'opinion de Thomson. Car, malgré la grande difficulté que nous avons à nous procurer du vaccin, il faut avouer aussi que la plupart des enfants sont vaccinés, et cela dès l'âge le plus tendre.

L'enfant que j'ai eu à soigner est loin, à première vue, de venir en aide à la théorie de Thomson, car cet enfant n'était pas vacciné. Il avait été malade au moment où on allait le faire vacciner. On l'avait envoyé à la campagne, et le moment réglementaire, aux yeux du peuple toulousain, pour la vaccination n'était pas encore arrivé lorsque cet enfant fut atteint de varicelle.

Quant à moi, je puiserai dans cette exception un argument en faveur de la théorie de Thomson ; j'y reviendrai tout à l'heure.

On a aussi contesté à Thomson sa théorie sur la possi-

bilité de produire une variole avec une varicelle et réciproquement.

Eh bien ! Messieurs, mon observation vient à point pour combattre les adversaires de Thomson. Mon petit malade non vacciné, atteint de varicelle quinze ou seize jours après la mort d'un voisin atteint de variole, demeurant dans une rue étroite et malsaine , n'a-t-il pas pu être contaminé par ce malade ? La variole ne s'est-elle pas changée en varicelle en passant chez ce jeune enfant? Laissez-moi vous rappeler que, d'après Trousseau lui-même, l'incubation de la varicelle est de quinze à dix-sept jours.

L'incubation de la variole est de 9 à 11 jours, et à cette époque fixe, le père de mon petit malade, qui a vécu et couché constamment dans la même chambre que lui, est atteint de variole confluente. Permettez-moi de croire que l'enfant seul a pu lui transmettre ce mal, car pendant tout le temps que j'ai soigné le père et le fils, la variole n'existait dans le quartier qu'au n° 5 , maison qu'ils habitent.

Evidemment le champ est libre pour la réfutation, mais je signale un fait; c'est mon droit.

Si, Messieurs, vous n'êtes pas de mon avis, ce qui vous est parfaitement permis, vous conclurez que la varicelle n'est pas de la même famille que la variole. Je me permettrai alors de vous demander une explication.

Comment admettez-vous qu'un jeune enfant de 2 ans, non vacciné, puisse rester jour et nuit dans la même chambre, presque en contact immédiat avec un malade de 40 ans, ayant une variole confluente et sortir sain et sauf, sans contracter la maladie de son voisin. Pour moi, je ne trouve qu'une seule réponse : c'est que cet enfant était sauvegardé par la varicelle qu'il venait d'avoir.

Ce qui me permet de conclure, je crois, que la varicelle et la variole sont tout à fait de la même famille et que, par conséquent, la varicelle n'est autre qu'une varioloïde modifiée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE.

Séance du 1er avril 1879.

Présidence de M. Janot, Président.

Présents : MM. Janot, Roque d'Orbcastel, Naudin, Lafosse, Mauri, d'Auriol, Faurès, Armieux, Peyreigne, Garipuy, Jougla, Fontagnères, Couseran, Bonnemaison, Terson, Giscaro, *Secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend, outre les publications périodiques habituelles; 1° *Revue internationale de médecine dosimétrique vétérinaire*, sous la direction du Dr Burggrave, 1re année, n° 3; 2° *El sentido catolico en las ciencias medicas*, an 1, nos 1 et 2. Barcelone, 1879.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

M. le Président fait part à la Société du décès de M. Lafont-Gouzi, mort le 23 mars. Conformément à l'usage et sur l'invitation du Président, M. Giscaro donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe du défunt.

L'ordre du jour appelle les conférences du *primâ mensis*. Chaque membre signale à la réunion les maladies qui ont paru se rattacher à la constitution médicale.

M. Filhol, désigné par l'ordre d'inscription au tableau à payer son tribut académique, a écrit pour demander un renvoi qui lui est accordé.

M. Mauri, porté également à l'ordre du jour, prend la parole et sous la rubrique : *La Trichinose en Espagne,* annonce à la Société que le 5 mai dernier, il a fait l'examen microscopique de muscles de porc provenant de Barcelone et qu'il les a trouvés farcis de trichines. Des renseignements qui lui ont été fournis, il résulte que quelques cas de trichinose ont été constatés dans le Nord de l'Espagne et que des mesures ont été prises par le Gouvernement espagnol pour arrêter l'extension de la maladie. M. Mauri insiste sur la gravité de ces faits au point de vue de l'hygiène publique, car déjà une épidémie de trichinose vient d'être constatée par le

Dr Jollivet, dans le département de Seine-et-Oise. Il rappelle que jusqu'ici la trichinose n'avait été observée qu'en Allemagne et que son apparition en dehors de son foyer ordinaire doit éveiller la sollicitude de l'Administration supérieure.

Discussion. — M. Lafosse dit que la Société d'agriculture a pris des mesures contre l'extension de la trichinose. Il constate les difficultés que présente l'examen par le microscope, surtout dans les campagnes. Il exprime le desideratum que l'on puisse reconnaître l'existence de la trichine sur les animaux vivants.

M. Bonnemaison dit que le conseil d'hygiène, s'occupant officiellement de cette question, a tout particulièrement appelé l'attention des autorités afin qu'elles prennent les mesures nécessaires. S'il est facile de reconnaître la ladrerie du porc, il n'en est pas de même de la trichinose qui exige un examen sérieux à l'aide du microscope. D'autres conseils d'hygiène de France s'occupent également de cette question. Les gouvernements voisins ont déjà pris des mesures graves; c'est ainsi que l'Angleterre interdit l'entrée des bestiaux atteints de péripneumonie en provenance du Canada.

M. Lafosse annonce que le Gouvernement prend des mesures sérieuses contre les épizooties. On peut donc être rassuré sur l'importation des bestiaux. L'Administration prépare une loi sur la matière, d'après laquelle il serait nommé des inspecteurs vétérinaires; cette institution pourrait rendre de grands services.

M. Naudin prie ses collègues de la section vétérinaire de lui fournir les moyens d'être rassuré sur la trichinose. La cuisson détruit-elle les parasites?

M. Mauri répond qu'il fait en ce moment des expériences, et dès qu'il le pourra il répondra à la question de M. Naudin. Mais d'ores et déjà il assure que la température de 70 à 80° suffit pour détruire les parasites.

D'après M. Lafosse, la cuisson n'est pas le seul moyen de tuer les trichines. Les jambons salés, et surtout fumés, n'en contiennent pas.

M. Armieux remercie M. Mauri d'avoir appelé l'attention sur cette question; il espère que son travail aura des suites plus sérieuses que les travaux antérieurs. Un cri d'alarme fut jeté il y a dix ans, mais le mouvement de l'Allemagne s'est éteint. Il a adressé en 1868 à la Société d'agriculture un mémoire sur la trichinose; la question a sommeillé : il est à désirer qu'elle soit reprise.

M. Mauri ne croit pas que l'examen au microscope soit très-compliqué. Cet examen est facile et rapide, pourvu qu'on emploie des réactifs bien choisis. Au moyen d'un trocart particulier on arrache à l'animal quelques fibres que l'on peut examiner avant l'abattage.

M. le Président remercie M. Mauri. Il ajoute que la Société prend acte de sa promesse de donner suite à ce travail.

M. le Président procède à la formation des Commissions qui seront chargées de choisir les questions à proposer pour les prix de l'année et pour le prix Naudin.

MM. Faurès, Bonnemaison et Armieux sont désignés pour la Commission chargée de choisir le prix de l'année (médecine).

MM. Mauri, Jougla et Couseran feront partie de la Commission chargée du choix d'un sujet pour le prix Naudin.

La séance est levée à 6 heures 10 minutes.

Séance du 11 avril 1879.

Présidence de M. Janot, Président.

Présents : MM. Janot, Peyreigne, Naudin, Saint-Plancat, Mauri, Armieux, Faurès, d'Auriol, Roque d'Orbcastel, Fontagnères, Timbal-Lagrave fils, Jougla, Giscaro, *Secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

La Correspondance imprimée a fourni, indépendamment des publications périodiques habituelles ; 1° *Etiologie et pronostic de la Glycosurie et du diabète,* par le Dr Jules Cyr, br. in-8°, Paris 1879, ouvrage récompensé par l'Académie de médecine.

2° *Recherches sur la cause du souffle utéro-placentaire*, par le Dr Ferdinand Verardini, traduit par le Dr Vanden Bosch, broch. in-8, Liége 1878.

3° Du même, *Lettre sur la cause du souffle utéro-placentaire*, Liége 1879.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour : En l'absence de M. Garipuy, la lecture du rapport sur le *primâ mensis* est renvoyée à une prochaine séance.

M. Janot, appelé à payer son tribut académique, lit un travail intitulé : *Existence d'une bronchite chronique et d'une toux nerveuse, guérison par le valérianate d'ammoniaque.*

Cette lecture est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. Saint-Plancat et Bonnemaison.

M. Lafosse a pris séance pendant cette discussion.

Conformément à l'ordre du jour, M. Timbal-Lagrave fils lit, au nom et en l'absence de M. Filhol, le rapport de la Commission du prix Naudin, dont les conclusions sont les suivantes :

1° Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

2° Il est accordé, à titre d'encouragement, une médaille d'or de 300 fr. à l'auteur du mémoire n° 2, plus une somme de 200 fr. pour contribuer aux frais d'impressions, dans le cas où le mémoire serait imprimé.

3° La Commission propose en outre de lui accorder, s'il y a lieu, le titre de membre correspondant.

4° Une mention honorable est accordée à l'auteur du mémoire n° 1.

Le rapport est adopté.

Les conclusions mises successivement aux voix sont adoptées à l'unanimité.

Les billets renfermant les noms des auteurs ayant été décachetés, M. le Dr Moinet, de Rochefort, médecin consultant à Cauterets, est reconnu l'auteur du mémoire n° 2. M. Duhourcaux, docteur-médecin à Cauterets, est l'auteur du mémoire n° 1.

En conséquence, M. le Dr Moinet est nommé membre correspondant.

La séance est levée à 6 heures 20 minutes.

Séance du 21 avril 1879.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Faurès, Delaye, Peyreigne, Baillet, Armieux, d'Auriol, Saint-Plancat, Lafosse, Dazet, Giscaro, *Secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté avec quelques rectifications demandées par M. Saint-Plancat.

La correspondance imprimée a fourni, outre les publications périodiques habituelles, une brochure in-8° de M. le Dr Emile Philbert, intitulée : *De la cure de l'obésité,* Paris 1879.

Correspondance manuscrite. — M. le Dr Moinet remercie la Société du prix qu'elle lui a décerné et demande quelques renseignements.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour : M. Peyreigne, appelé par le tour de lecture à payer son tribut académique, s'excuse de n'être pas prêt, en ayant été empêché par la maladie. Il demande à lire un rapport sur la brochure de M. le Dr Guinier, intitulée : *Etude pratique du gargarisme laryngo-nasal.*

Après quelques réflexions de M. Armieux, le rapport et les conclusions tendant à ce que des remerciements soient adressés à M. Guinier sont adoptés.

M. le Président croit que les nombreux travaux qui restent à évacuer avant la séance publique nécessiteront une séance extraordinaire. Il prie le Secrétaire général d'écrire aux rapporteurs des diverses Commissions afin qu'ils activent leur travail.

La séance est levée à 5 heures 40 minutes.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois d'avril 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

Les conditions climatériques qui semblent prolonger l'hiver au-delà des limites normales impriment à la constitution médicale le cachet spécial à cette saison humide et froide. La pluie a été presque constante. La température est descendue certain jour à 1° au-dessus de zéro, et s'est maintenue, en ne considérant que le minimum de tous les jours, à une moyenne de 6°25, moyenne voisine de celle du mois de décembre. Il est vrai de dire cependant que la moyenne de la température maxima est de 15°38. C'est précisément à ces variations brusques que sont dues tant d'affections catarrhales que vous avez vues pendant le mois d'avril et les mois précédents.

Ce sont les vieillards surtout qui subissent l'influence néfaste de ces perturbations atmosphériques. Sur 269 décès la colonne des vieillards en compte 80 qui ont dépassé 70 ans. Ne sont pas compris dans ce chiffre ceux qui ont succombé par suite de maladies bien déterminées.

La fièvre typhoïde a fait moins de victimes que le mois dernier. Néanmoins le nombre des cas observés a été assez considérable.

Il y a eu 16 morts à la suite de méningite ou de convulsions des enfants, c'est-à-dire plus que nous n'avons à en constater d'habitude. Nous sommes, il est vrai, à cette époqne de l'année dans laquelle, sous l'influence de l'activité plus grande des fonctions, les congestions sont plus faciles, et bien à craindre tant chez les jeunes enfants que chez les vieillards; soit que chez ceux-ci les organes déjà usés par l'âge ne peuvent plus supporter cette activité fonctionnelle, ou que chez ceux-là il y ait des dispositions diathésiques qui reçoivent une impulsion funeste.

Nous ne comptons qu'un décès d'un jeune enfant par variole, dans le quartier Saint-Cyprien. Dans la même rue, un cas de variole confluente a été guéri.

Les femmes en couches ont fourni trois cas de mort, et cependant l'un de vous se félicitait des résultats obtenus dans sa pratique. Il est bon de faire remarquer que de ces trois cas, l'un s'est présenté à Pouvourville, l'autre à l'hôpital; et enfin le 3e concerne une femme qui avait accouché clandestinement et sans le secours d'une personne de l'art, s'exposant ainsi à toutes les chances de mort. Il n'en est pas moins vrai, par conséquent, que l'état sanitaire des femmes en couches est, en ville, excellent.

Les rhumatismes ont été nombreux et deux fois funestes.

Un membre de la section vétérinaire signale une petite épizootie de horse-pox chez le cheval. Cette affection inoculée à la génisse a produit le cow-pox. Nous ne serons pas ainsi en disette de vaccin.

Les angines à forme grave ont été nombreuses. Le croup a fait six victimes. Je ne compte pas trois jeunes enfants, âgés de 25 jours, 8 mois et 11 mois 1/2, qui, sur les bulletins de l'état civil, étaient désignés comme ayant succombé à la suite de cette maladie.

En résumé, la constitution médicale reste la même, et il en sera probablement ainsi tant que les conditions atmosphériques ne se modifieront pas elles-mêmes.

OBSERVATIONS météorologiques et nature des cause[s]
l'Etat civil pendant l[a]

Altitude : 146 m.

DATES.	Pression atmosphérique.	Température de la journée. max	Température de la journée. min	Humidité relative.	Pluie ou neige	Vents	Variole. H.	Variole. F	Rougeole. H.	Rougeole. F.	Scarlatine. H.	Scarlatine. F.	Erysipèle. H.	Erysipèle. F.	Fièvre typhoïde H.	Fièvre typhoïde F.	Rhumatisme. H.	Rhumatisme. F.	Diphthérite ou croup. H.	Diphthérite ou croup. F.	Tuberculisation. H.	Tuberculisation. F.	Vieillesse. H.	Vieillesse. F.
1	742, 6	19	12	76	22,0	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	3	.	2	1
2	743, 9	16	7	80	3,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	1	2	1
3	741, 6	13	5	86	0,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
4	747, 2	10	4	65	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
5	751, 0	12	3	66	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	1	2
6	750, 7	20	4	64	6,5	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3
7	732, 2	22	7	73	17,5	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
8	736, 6	14	7	72	3,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	1
9	740, 8	16	6	65	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	2
10	740, 0	14	8	74	0,8	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1	1	3
11	744, 4	14	6	65	0,5	O	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	2	1
12	747, 0	14	3	83	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2
13	738, 0	11	0	49	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	3	.
14	737, 0	13	4	70	2,	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
15	741, 4	14	5	81	8,	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	3	.
16	741, 0	17	6	78	0,2	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	1	.	3	1
17	745, 6	10	4	68	14,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
18	747, 6	15	5	76	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
19	748, 0	17	7	78	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	.	1
20	742, 3	19	5	74	8,0	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	4	3
21	736, 9	17	6	62	1,5	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	2
22	747, 0	17	6	63	2,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	.	2	2
23	744, 6	16	9	76	2,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2
24	751, 0	13	8	78	7,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2
25	758, 2	16	6	67	1,8	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	2
26	752, 4	17	9	72	3,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	3	.	.	1
27	745, 2	14	8	83	8,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	1
28	747, 4	12	7	67	7,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	1
29	754, 2	14	6	73	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2
30	757, 2	15	6	57	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2
31	...., .	..	.	..	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
MOYENNES DU MOIS :	745,16	15	6	74	3,7		1		.		.		.		6		2		6		31		80	

Total général des décès.......

[…]le DÉCÈS à Toulouse, d'après les déclarations faites à
[…]mois d'Avril 1879.

POPULATION ; 131,642 (1876).

[…]sions des enfants.	Hémorrhagie cérébrale.		Paralysies.		MALADIES DE L'APPAREIL — RESPIRATOIRE						CIRCULATOIRE				DIGESTIF				Suites de couches.	Affections chirurgicales		MORTS VIOLENTES				Causes diverses.	
					Pleuro pneumonies		Bronchites		Chroniques		Aiguës		Chroniques		Diarrhées. dysenterie.		Cholérine.					Accidentelles.		Volontaires.			
F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	.
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1
.	1	.	.	.	.	.	.	1	1	1	.	.	.	.	1	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	2	.
1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
1	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
[illegible]	11		3		16		4		8		2		12		2		.		3	7		.		.		32	

[…]mmes .... 128 } 269
[…]mes 114
Je[…] enfants.. 27

Naissances..... { Garçons........ 117 / Filles.......... 107 } 224

Mort-nés ...... { Garçons........ 12 / Filles.......... 4 } 16

Décès et Naissances de l'année 1878.

MOIS	DÉCÈS.						NAISSANCES.		
	HOMMES.	FEMMES.	JEUNES ENFANTS.	TOTAL pour chaque mois.	MORT-NÉS. Garçons	MORT-NÉS. Filles.	GARÇONS.	FILLES.	TOTAL pour chaque mois.
Janvier	159	157	51	367	19	10	116	126	242
Février.....	139	144	27	310	12	5	119	107	226
Mars......	143	119	36	298	12	12	114	114	228
Avril......	125	123	39	287	11	4	149	149	298
Mai........	84	95	32	211	7	7	110	117	227
Juin.......	96	97	22	215	13	6	116	114	230
Juillet......	104	128	87	319	13	5	128	102	230
Août.......	108	120	94	322	8	6	128	98	226
Septembre..	91	109	39	239	8	2	114	100	214
Octobre....	94	90	34	218	11	7	108	120	228
Novembre...	115	136	35	286	8	6	144	107	251
Décembre..	147	136	35	318	15	5	137	125	262
TOTAUX.....	1405	1454	531	3390	137	75	1483	1379	2862
					212				

...ONS météorologiques et nature des causes des DÉCÈS à Toulouse, d'après les déclarations faites à l'État civil pendant l'année 1878.

ALTITUDE : 146 m. POPULATION : 131,642 (1876).

MOIS.	Pression atmosphérique.	Température moyenne de la journée. max.	Température moyenne de la journée. min.	Humidité relative.	Pluie ou neige.	Vents.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Erysipèle.	Fièvre typhoïde.	Rhumatismes.	Diphtérite ou croup	Tuberculisation.	Vieillesse.	Enfants d'un jour à un an.	Méningite ou convulsions des enfants	Hémorrhagie céréb.	Paralysies.	Maladies de l'appareil respiratoire: Pleuro-pneumonies.	Maladies de l'appareil respiratoire: Bronchites.	Maladies de l'appareil respiratoire: Chroniques.	Maladies de l'appareil circulatoir.: Aiguës.	Maladies de l'appareil circulatoir.: Chroniques.	Maladies de l'appareil digestif: Diarrhées, Dysenterie.	Maladies de l'appareil digestif: Cholérine.	Suites de couches.	Affections chirurg.	Morts violent.: Accidentelles.	Morts violent.: Volontaires.	Causes diverses.
	Moyennes de chaque mois.																														
Janvier...	755 "	7	"	78 "	5. "	"	2	15	1	"	5	"	4	47	57	51	9	8	19	35	29	10	4	10	8	"	2	7	"	"	47
Février...	758 2	14	3	76 "	2.8	"	3	9	"	"	5	1	6	40	56	27	16	8	31	28	9	15	"	9	3	"	4	6	5	1	28
Mars.....	752 2	13	4	70 "	1.02	"	4	9	"	1	4	5	2	40	50	36	10	11	24	24	9	21	"	8	1	"	2	2	"	"	35
Avril.....	748 3	18	9	67 "	3.08	"	10	3	"	1	4	3	3	46	31	39	12	15	20	25	10	12	"	4	6	"	4	12	"	"	27
Mai.......	749 4	24	12	62 "	2.56	"	3	7	1	"	1	"	6	30	26	32	12	7	6	15	9	7	"	7	3	"	6	7	1	2	23
Juin......	751 8	26	15	62 "	1 28	"	7	"	"	"	2	2	8	32	31	22	4	9	9	17	8	7	"	11	1	1	4	8	3	1	28
Juillet....	751 8	25	18	60 "	0.3	"	17	1	"	"	4	2	3	30	47	87	11	10	12	9	2	10	"	10	7	22	2	5	6	2	20
Août.....	751 0	30	17	68 "	1.91	"	14	3	"	"	10	"	3	33	45	94	2	4	11	8	3	7	"	10	5	33	2	2	3	"	30
Septembre	750 0	25	14	58 1	0.3	"	7	"	1	1	7	"	3	25	50	39	1	2	5	11	5	9	1	8	9	10	1	10	3	2	29
Octobre...	749 53	19	10	73 "	1.75	"	4	"	"	"	9	1	6	40	39	34	3	12	10	14	4	1	"	2	6	"	2	4	1	1	25
Novembre.	747 88	10	3	77 6	1.11	"	13	"	"	3	14	2	7	35	79	35	1	5	18	17	3	15	"	6	4	"	2	5	2	1	19
Décembre.	747 5	6	1	73 "	2.4	"	9	"	"	"	5	1	7	42	78	35	6	15	11	29	3	18	2	14	"	"	"	3	"	"	40
Moyennes de l'année.	751 71	18	8	65 2	1.95	"	93	47	3	6	70	17	58	440	589	531	87	106	176	232	94	132	4	99	53	66	31	74	24	10	351

Total général des décès. { Hommes...... 1405 / Femmes.. 1454 / Jeunes enfants. 531 } 3390

Mort-nés... { Garçons.. 137 / Filles.... 75 } 212

Naissances.... { Garçons... 1483 / Filles..... 1379 } 2862

BIBLIOGRAPHIE.

Etude pratique du gargarisme laryngo-nasal, par M. le docteur Guinier, médecin consultant à Cauterets.

M. le Dr Guinier, ancien chef de clinique et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, médecin aux Eaux de Cauterets et à Pau, vient de publier la seconde édition d'un petit opuscule destiné à préconiser et vulgariser une nouvelle méthode de gargarisme qui parait avoir une incontestable utilité dans le traitement curatif des maladies de la gorge, du nez et des surdités catarrhales.

C'est après seize années d'observations, d'études et d'expériences laryngoscopiques, pratiquées sur lui-même ou sur un grand nombre de malades à Cauterets, la ville thermale la plus réputée par la spécialité de ses sources et par l'efficacité de leur action sur les *maladies de la gorge*, que l'auteur a été conduit à instituer une véritable réforme dans la pratique du gargarisme. Désormais, l'art de se bien gargariser doit consister à *diriger l'introduction d'un liquide médicamenteux dans le vestibule du larynx et son retour par le nez*, comme cela se pratique avec la fumée du tabac. Voilà ce que M. Guinier appelle le gargarisme *laryngo-nasal*.

Avant d'aborder l'étude des règles pratiques de son procédé de gargarisme et leur démonstration, l'auteur passe rapidement en revue les diverses espèces d'angines, les rhinites ou maladies du nez, dont le siége se trouve au-dessus de la face postérieure ou supérieure du voile du palais, dans la cavité postérieure des fosses nasales, enfin les altérations des trompes d'Eustache. Il indique les causes, les symptômes, le diagnostic de ces affections passées à l'état chronique sous l'influence d'un état aigu souvent répété, et dont les lésions varient selon la nature de la maladie qui les provoque. Il suffira de nommer la scrofule, l'herpétisme, le catarrhe, la syphilis, la tuberculose, le rhumatisme, la goutte, etc. De là deux indications à remplir dans leur traitement : 1° Modi-

fier et guérir s'il est possible, l'état général ou *la dyscrasie*, en d'autres termes améliorer *le terrain de l'individu*; 2° modifier et guérir la muqueuse gutturale, qu'elle soit ou non malade par une cause dyscrasique. Tout le monde connaît les propriétés thérapeutiques du soufre, de l'iode, de l'arsenic, du mercure, etc., pour remplir la première indication. De plus, pour combattre cette apparence anémique, cet état de lassitude organique et de fatigue générale qui résulte de la dénutrition de l'individu vicié par une dyscrasie, les eaux minérales, celles de Cauterets en particulier, seront très-utilement employées pour opérer la rénovation de l'économie tout entière, en même temps que les lésions gutturales trouveront là le modificateur topique, le plus efficace et le mieux éprouvé, sous forme de gargarisme et de pulvérisation.

M. Guinier, plaidant un peu *pro domo sua*, avec talent et juste raison, il faut en convenir, met au premier rang les eaux *sulfurées-sodiques* de Cauterets, qui paraissent jusqu'à ce jour la ressource la meilleure et la moins infidèle contre ce genre de maladies. Parmi ces sources, la plus efficace pour remplir les indications que je viens d'indiquer plus haut, c'est-à-dire la rénovation, le remontement de la nutrition et le modificateur topique, la plus employée est celle de la Raillère, on y joint quelquefois celle de Mauhourat. C'est en boisson, en bains, en douches, en pulvérisation, en gargarisme qu'on les emploie selon les circonstances. C'est ici que la méthode du gargarisme laryngo-nasal montre toute son efficacité, si le malade veut se soumettre à des séances sérieuses et méthodiques. Comment faut-il procéder pour obtenir au plus vite le résultat désiré?

Ici, l'auteur aborde le sujet de son travail intéressant, et décrit dans cette seconde partie la méthode du gargarisme laryngien et du gargarisme laryngo-nasal. Ces deux chapitres échappent en quelque sorte à l'analyse. Ils sont l'exposé le plus concis et le plus substantiel des règles pratiques qui doivent être observées pour se bien gargariser. Il est impossible d'en donner une idée exacte, à moins de transcrire textuellement les longues pages consacrées à la démonstration de la gymnastique du pharynx, si je peux m'exprimer ainsi, dans l'acte du gargarisme. Pour bien comprendre la méthode de M. Guinier, il faut lire son livre, et s'exercer soi-même, ou exercer les malades à mettre ses conseils en pratique. Il n'existe pas, selon lui, de difficultés insurmontables pour arriver à bien laver son arrière-gorge et rejeter l'eau par les fosses nasales. Avec de la patience et quelques tentatives,

on atteint facilement ce but. Notre confrère le démontre sur lui-même avec une facilité remarquable, comme il m'a été donné de m'en convaincre. L'on peut donc arriver ainsi à se rincer le larynx et les fosses nasales, comme on se lave le visage et les mains. On comprend très-bien dès lors l'utilité de ce gargarisme, que l'on peut faire pénétrer au fond du gosier jusqu'à le perdre presque de vue, et le rejeter ensuite par le nez; il mouillera ainsi dans son trajet une étendue de muqueuse bien plus considérable que n'en atteignait jamais le gargarisme pratiqué dans des conditions ordinaires. De là, la préférence à accorder au procédé préconisé par M. Guinier.

Cette méthode nouvelle, et absolument originale, résulte d'études expérimentales qui remontent à 1860. Elles ont été publiées en 1865 dans les journaux de médecine, et plus complétement en 1868 dans un ouvrage intitulé : *Le laryngoscope à Cauterets. Etudes du gargarisme laryngien.* A la suite de ces expériences rendues publiques hors de Montpellier dès 1865 et que l'auteur n'a jamais cessé de répéter depuis devant des nombreux confrères, les notions physiologiques contemporaines sur le gargarisme ont dû être réformées. L'opinion scientifique, en effet, était que les liquides employés ne franchissent jamais les piliers et le voile du palais, et que l'épiglotte était le seul organe protecteur de l'entrée des voies aériennes, en se renversant sur l'orifice de la glotte comme un couvercle. M. Guinier a démontré, au moyen du laryngoscope, dans une expérience qu'il décrit avec soin, que, pendant la gargarisation du pharynx, l'épiglotte reste au contraire *toujours redressée*, et que, grâce à l'occlusion absolue de la glotte fermée comme dans l'acte de *l'effort, un liquide peut arriver au dessous de l'épiglotte, baigner toute la cavité du vestibule du larynx et atteindre les cordes vocales*. Voilà le gargarisme laryngien, le premier degré du gargarisme laryngo-nasal.

La dernière partie du livre de notre confrère n'est autre chose que l'énoncé des règles pratiques du gargarisme minéral par les eaux de Cauterets. Ici encore, il faut que la lecture de cet intéressant chapitre tout entier supplée à l'insuffisance d'une analyse qui ne pourrait qu'indiquer d'une manière trop incomplète ce que dit l'auteur, sur les conditions d'une gargarisation efficace, sur les sources à utiliser, sur les précautions à prendre, enfin sur l'angine thermale qui vient entraver quelquefois la marche du traitement. Trois observations cliniques des plus concluantes de la pratique de l'auteur complètent cette troisième et dernière

partie, et démontrent l'effet curatif du gargarisme laryngo-nasal dans des cas spéciaux et difficiles.

En résumé, ce petit livre du médecin de Cauterets, écrit pour vulgariser une nouvelle méthode de gargarisme qui est réellement un progrès, et dont l'efficacité n'a pas besoin d'être démontrée dans le traitement des affections de la gorge et de l'arrière-gorge, mérite d'être lu en son entier. Malgré sa forme didactique, l'auteur a su rendre sa lecture attachante par un style élégant et par la clarté de ses démonstrations. Le médecin ne pourra que gagner en l'étudiant.

Dr E. Peyreigne.

REVUE DES JOURNAUX ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Épidémie de fièvre typhoïde ayant son origine dans l'alimentation par de la viande malade. — Une très-remarquable épidémie de fièvre typhoïde, dont, semble-t-il, on peut aisément suivre les traces et dont l'origine remonte à l'alimentation par de la viande d'un veau qui est probablement mort de fièvre typhoïde, est décrite par le docteur Walder, médecin assistant à l'hôpital de Zurich, dans le *Bertiner Klin. Wochenschrift.* Le 30 mai 1878, un festival de chœurs avait lieu à Kloten, canton de Zurich, et réunissait près de 700 membres des sociétés chorales des environs. Un déjeuner public, consistant en blanquettes de veau et en saucissons, eut lieu à 9 heures du matin. A 3 heures, était donné un repas, à peu près semblable, augmenté de soupe, pomme de terre, salade et vin. Quelques personnes seulement burent de l'eau, et celle-ci fut-elle encore coupée de vin. Parmi les personnes qui prirent part à ces repas, environ 500 tombèrent, plus tôt ou plus tard malades. La plupart n'étaient pas atteintes avant deux ou trois jours après le festival, quoique quelques-unes aient été malades le premier jour. Le docteur Walder détermina que 39 à 40 pour cent de tous les cas s'étaient déclarés au cinquième et au sixième jour, et 90 pour cent dans les huit premiers jours. Les symptômes de la maladie étaient ceux de la fièvre typhoïde à des degrés variables d'intensité, depuis la forme légère abortive jusqu'à la forme s'accompagnant d'un grave délire, d'hémorragie intestinale et de fièvre

intense. L'épidémie présenta deux déviations de la marche ordinaire des épidémie de typhoïdes : la fièvre s'élevait très-rapidement, au point que souvent elle atteignait le summum le second jour ; et la diarrhée était moins ordinaire et moins opiniâtre. La température de 40° C. n'était pas rare, et on nota plusieurs fois 40°, 5 à 40°8. Beaucoup de malades montrèrent l'éruption roséolique de la typhoïde, et la rate était augmentée dans tous les cas examinés au degré élevé de la maladie. Le docteur Walder rapporte que beaucoup de malades qu'il examina particulièrement eurent un gonflement des ganglions lymphatiques externes, spécialement dans les aînes, et que le gonflement disparaissait avec la fièvre. Dans le cours de l'épidémie, les complications habituelles de la fièvre typhoïde se rencontrèrent : quatre cas présentèrent une rechute, un d'eux, chez un jeune homme de 16 ans, se termina par une perforation de l'intestin et par péritonite générale.

Nouveau moyen de prévenir la cystite cantharidienne. — M. Guyot Dannecy, pharmacien en chef des hôpitaux de Bordeaux, conseille de substituer à la précaution de saupoudrer les vésicatoires de camphre celle de leur incorporer une certaine quantité de carbonate ou de bicarbonate de soude. Il fait un mélange à parties égales de carbonate de soude et de poudre de cantharide ; avec ce mélange il saupoudre l'emplâtre vésicant, puis il appuie fortement avec la paume de la main, pour que la poudre reste adhérente à l'emplâtre, et enfin il recouvre le tout d'un papier de soie huilé.

Ces vésicatoires produisent leur effet aussi rapidement et d'une façon aussi sûre qu'un vésicatoire fait simplement avec la poudre de cantharides sans aucune addition ; et l'expérience qui en a été faite depuis de longues années dans les hôpitaux de Bordeaux semble démontrer qu'on a dans cette addition un bien meilleur préservatif que le camphre contre les accidents observés si souvent du côté du col de la vessie après l'application de vésicatoires camphrés ou non camphrés.

(*Lyon Médical.*)

CHRONIQUE.

La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a tenu sa séance publique annuelle le dimanche 11 mai, à une heure de l'après-midi, sous la présidence de M. le docteur Janot.

Etaient assis au bureau: M. Bibent, adjoint au maire de Toulouse, représentant M. le Maire, membre-né de la Société; M. Gatien-Arnoult, recteur honoraire; M. Joly, professeur honoraire à la Faculté des sciences et à l'Ecole de médecine; M. Clos, professeur à la Faculté des sciences.

M. le Préfet, président honoraire de la Société, s'était excusé par écrit de ne pouvoir assister à la séance.

Après la lecture du discours de M. le Président, du compte rendu des travaux de l'année par M. le Secrétaire général, et des divers rapports sur les prix, la séance à été terminée par la proclamation des récompenses, les nominations et la lecture du programme des prix.

La Société décerne, dans le concours du prix Jules Naudin.

1° A M. le docteur Moinet, médecin-consultant à Cauterets, une médaille d'or de 300 fr., une prime de 200 fr., pour contribuer aux frais d'impression du mémoire, et le titre de membre correspondant;

2° Une mention honorable à M. Duhouraux, docteur-médecin à Cauterets.

Dans le concours des médailles d'encouragement:

Une première médaille à M. le docteur Albert Joly, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Toulouse.

Une seconde médaille à M. le docteur Montané, médecin aide-major au 30e de ligne à Périgueux.

PROGRAMME DES PRIX

La Société rappelle qu'elle a proposé pour sujet des prix à décerner en 1880, la question suivante: *Etude des nouvelles espèces de quinquinas, introduites dans le commerce, et examen de leur valeur comparative, en prenant pour types les quinquinas officinaux prescrits par le codex.*

La valeur est de 300 francs.

Elle propose pour les prix à décerner en 1881 la question suivante: *Les maladies de croissance.*

Le prix est de 300 francs.

Pour le prix Jules Naudin à décerner en 1881, elle propose la question suivante;

Des doctrines panspermistes étudiées au point de vue de la pathologie générale et de la clinique.

Le prix est de 1,000 fr., plus s'il y a lieu, une prime de 200 fr., pour contribuer aux frais d'impression.

Les mémoires pour ces divers concours devront être remis, dans les formes académiques, avant le 1er janvier de l'année désignée, terme de rigueur.

— Dans sa séance extraordinaire du 6 mai, la Société a nommé :

Membre honoraire : M. Henri Roger, vice-président de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins de France ; en remplacement de M. le professeur Gubler dont nous avons le regret d'enregistrer la perte.

— Dans sa séance ordinaire du 12 mai, la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a procédé au renouvellement de son bureau qui se trouve composé, pour l'année académique 1879-1880, de la manière suivante :

Président : M. Janot;
Vice-président : M. Molinier;
Secrétaire général honoraire : M. Naudin ;
Secrétaire général : M. Giscaro ;
Secrétaire annuel : M. Garipuy ;
Archiviste bibliothécaire : M. d'Auriol ;
Trésorier : M. Couseran ;
Secrétaire des consultations gratuites : M. Jougla ;
Membres adjoints au bureau : MM. Faurès, Laforgue.

Commission permanente de salubrité.

MM. Marchant, Lafosse, Delaye, Saint-Plancat, Garipuy, *secrétaire*.

Comité de publication.

MM. Ripoll, Armieux, Caubet, Saint-Plancat, Baillet.

— Dans la même séance, la Société de médecine a déclaré vacante une place de membre résidant pour la section de médecine et chirurgie.

Aux termes des statuts, les candidats, docteurs en médecine depuis trois ans et domiciliés à Toulouse depuis deux ans, devront présenter, avant le 21 juillet 1879, à l'appui de leur demande, un mémoire manuscrit, composé *ad hoc*, sur l'une des branches de l'art de guérir.

Le Secrétaire du Comité de publication,
Dr E. Peyreigne.

Toulouse.— Imp. DOULADOURE.

Juin 1879. XIIIe année. N° 6

REVUE MÉDICALE DE TOULOUSE.

DU TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE AIGUË DES ADULTES PAR LA DIGITALE ET L'ALCOOL

d'après les observations de M. le médecin principal Alix ;

Par M. ALBERT JOLY,

Médecin aide-major de 2e classe à l'Hôpital miltaire de Toulouse.

Elevé dans les traditions classiques, et, en ce qui concerne le traitement de la pneumonie aiguë des adultes, dans le respect de la saignée, du tartre stibié et du vésicatoire, je ne supposais pas qu'on pût renier les doctrines si solidement établies des fluxions compensatrices et du *contro-stimulus*.

Pendant mon séjour au Val-de-Grâce, mes premières idées furent un peu modifiées. Je vis, en effet, que, pour traiter les pneumonies, on n'employait plus cette médication énergique dont j'avais entendu dire qu'elle était indispensable, et le malade guérissait souvent sans intervention bien active.

J'étais donc hésitant : mais si j'avais eu à traiter une pneumonie, j'aurais très-probablement employé le traitement conseillé par les auteurs.

Placé, au sortir du Val-de-Grâce, dans le service de M. le Principal Alix, à l'Hôpital militaire de Toulouse, ce ne fut pas sans un étonnement qui paraîtra bien légitime que

je vis délaisser d'une façon absolue le traitement classique de la pneumonie. Plus de vésicatoire, plus de saignée, plus de potions stibiées, kermétisées ou opiacées, mais de la digitale et de l'alcool, telles furent les idées que j'entendis émettre à M Alix, dès ses premières visites.

M. Alix se défendait d'ailleurs de toute innovation personnelle ; il s'inspirait des idées déjà connues de Hirtz, et de la méthode anglaise, en lui donnant une plus grande vigueur peut-être, et surtout, il recueillait le plus grand nombre possible d'observations dans le but de pouvoir en apprécier les effets et la valeur réelle.

Je ne pouvais m'empêcher néanmoins d'avoir certains doutes. En effet, en ouvrant Grisolle, je lisais : « Dans toute pneumonie, même bénigne, je crois à l'utilité d'un traitement plus ou moins actif. Faire une saignée générale lorsque le pouls est fort, préférer la saignée locale, lorsque la douleur de côté est vive, donner quelques laxatifs et soumettre les individus à la diète me paraît encore la médication la plus utile à opposer à ces pneumonies qui sont assez bénignes pour guérir seules. Ce traitement aura l'avantage d'empêcher certaines pneumonies de devenir graves, il donnera un soulagement prompt, et abrègera sensiblement la durée de la maladie. »

En somme, saigner largement et rapidement, telle devait être, dans la plupart des cas, la méthode à suivre. Quand la maladie ne cédait pas aux antiphlogistiques, je voyais le même auteur recommander alors l'emploi du tartre stibié, non-seulement après l'emploi des antiphlogistiques, mais concurremment avec eux, et même dès le début de la maladie. « Les évacuations qu'on provoque, dit-il, sont avantageuses par la révulsion dont elles sont l'effet, aussi bien que par les secousses qui les accompagnent. »

Quant à la digitale, il n'en disait rien, les faits produits jusqu'à ce jour lui paraissant insuffisants pour justifier l'emploi de ce moyen.

Relativement aux vésicatoires, que j'entendais prescrire

d'une façon si absolue, je lisais dans le même auteur qu'on doit les employer, sinon au début, au moins après l'emploi des saignées. « Ils *sont, dit-il, un des moyens adjuvants les plus efficaces que nous possédions.* Mais pour en tirer tout le parti possible, il faut les mettre *très-larges*, aussi bien chez les enfants que chez les adultes. »

J'entendais dire par M. Alix que l'opium était contre-indiqué, et je lisais les lignes suivantes : « Pour combattre le délire, il faudra donner l'opium. Du reste, ce n'est pas uniquement dans les conditions dont il s'agit que l'opium est utile : il l'est, en outre, à toutes les périodes de la maladie, pour diminuer une douleur trop vive ou pour procurer du sommeil. »

En définitive, saignées générales et locales, tartre stibié, opium, vésicatoires, tel était pour moi le traitement classique de la pneumonie d'après le premier auteur que j'ai eu entre les mains : tel était aussi celui qui résultait pour moi de l'observation.

Malgré le caractère de nouveauté avec lequel se présentait le livre de Jaccoud, je ne trouvais, relativement au traitement de la pneumonie, qu'une addition de deux médicaments nouveaux, plutôt qu'une modification essentielle.

Je vois toujours (édition de 1875) recommander le tartre stibié, la saignée ou tout au moins les ventouses scarifiées, les vésicatoires volants à la phase de résolution, le kermès et l'ipéca.

Les deux médicaments nouveaux préconisés sont précisément la digitale et l'alcool. Jaccoud préfère la digitale au tartre stibié comme antipyrétique, et il engage à se défier de l'action hyposthénisante du tartre stibié.

Reconnaissant aussi le caractère essentiellement débilitant de la pneumonie, il engage à employer l'alcool, « qui stimule le système nerveux, qui présente à la combustion fébrile un élément facilement combustible, qui restreint par là la consomption organique et devient un agent d'épargne.

Evidemment, c'est là un progrès thérapeutique sérieux, en ce sens que la nature de la pneumonie et son action profondément débilitante sur l'organisme sont reconnues. Mais ici la digitale et l'alcool ne sont guère que des adjuvants, et le traitement de l'ancienne école est encore recommandé. De là à faire de ces deux médicaments la base d'un traitement unique et rationnel, il y a loin.

M. Alix donnait cependant les raisons de ses préférences et de l'emploi de ce mode de traitement.

Pourquoi n'employait-il plus le vésicatoire? Parce que son application était toujours désagréable et douloureuse — parce que, dans une maladie où, au début, la tendance à l'exagération de la température était manifeste, on ajoutait une nouvelle cause d'hyperthermie — parce que, sous prétexte d'attirer au dehors on ne sait quelle humeur dite inflammatoire, on immobilisait une partie de la poitrine dans une affection où le malade n'avait pas trop de toute la liberté d'action de son poumon pour échapper à l'asphyxie imminente.

Pourquoi n'employait-il plus le tartre stibié, les ventouses scarifiées, encore moins la saignée? Parce que, ainsi que les tracés thermométriques le démontrent, la pneumonie est une des maladies qui débilitent le plus l'organisme, puisqu'on arrive, en définitive, à avoir dans la majorité des cas une température au-dessous de la normale, et que, par suite, la médication contro-stimulante va à l'encontre du but qu'on se propose.

Pourquoi n'employait-il pas les potions morphinées ou opiacées? Parce que, par le sommeil artificiel procuré, on met le malade dans l'impossibilité d'expectorer les produits d'exsudation, et qu'ainsi, on ajoute encore au danger d'asphyxie qui menace l'individu atteint. Mieux vaut cent fois favoriser l'expectoration, même au détriment du sommeil du sujet et du mouvement fébrile, et c'est ce qui avait conduit M. Alix, dans certains cas de broncho-pneumonies à expectoration difficile, à utiliser encore les propriétés de l'ipéca.

Mais quand le point de côté était trop violent, il n'hésitait pas à faire une injection hypodermique de morphine. En effet, une des indications principales est de faciliter l'expectoration. Or, le point de côté, en immobilisant une partie du thorax, met obstacle à l'élimination des crachats, et constitue par suite un symptôme sérieux. Il fallait donc diriger contre lui ses efforts, et le meilleur traitement reconnu est l'injection hypodermique. Il est vrai qu'on introduisait ainsi de la morphine dans l'économie. Mais la proscription des opiacés ne pouvait s'étendre à ce cas particulier, sous peine de voir se produire les accidents qu'on voulait précisément combattre et qui résultent de la difficulté d'expectoration. C'est le seul usage rationnel qu'on pouvait faire des opiacés.

Voilà tout ce que M. Alix se permettait dans les cas assez graves pour l'exiger absolument. En toute autre occurrence, il fallait s'efforcer de remonter l'organisme, et si la température, par son élévation, créait un danger, de la combattre par un médicament s'adressant sûrement à cette complication, la digitale.

J'étais impatient de voir les résultats d'une telle pratique.

Deux ou trois cas de pneumonie se succédèrent : ils furent traités en effet par les potions alcoolisées et la digitale. La guérison s'effectua de la manière la plus rapide. Je ne pouvais pas encore être convaincu ; mais les observations s'étant succédé, plus de vingt cas de pneumonie simple ou compliquée ayant été suivis sous mes yeux du même succès, je sentais mes doutes s'évanouir et s'accentuer ma croyance à l'efficacité du traitement. A supposer que j'eusse été en présence d'une série heureuse, je trouvai néanmoins le fait très-intéressant, et, à ce seul titre, j'avais l'intention d'adresser une note à la Société de médecine de Toulouse. J'en fis part à M. Alix, qui voulut bien me prêter, à cette occasion, un grand nombre d'observations recueillies sous ses yeux pendant son séjour à Lyon. Une fois en pos-

session de ces précieux documents, j'ai vu qu'il y avait mieux qu'une simple note à faire.

Ce sont les résultats du dépouillement attentif de ces observations que j'ai l'honneur d'adresser à la Société de médecine de Toulouse.

Le total des observations de M. le Principal Alix, relatives à la pneumonie, s'élève à 188 au moment où j'écris ces lignes (pneumonie simple, double, broncho et pleuro-pneumonie). Quatre ou cinq malades sont encore en observation, et tout fait présager une heureuse issue.

Si j'examine le résultat brut de tous les cas rassemblés, je note 185 *succès* et seulement 3 *cas de mort*, soit 1,6 °/₀ de décès. Si maintenant, j'ajoute un cas de mort survenu par pneumonie du sommet chez un alcoolique dont le délire furieux, persistant pendant quatre jours, a empêché l'application du traitement, j'arrive à un chiffre un peu plus élevé (2,16 °/₀). Mais peut-on faire rentrer ce cas, *non traité*, dans le total des observations?

Je pense qu'il suffit de le signaler. En tous cas, 2,16 °/₀ est encore une moyenne si favorable, comparée à toutes celles produites jusqu'à ce jour, qu'on peut l'accepter si l'on veut être absolument rigoureux, sans que la preuve de l'efficacité du traitement en soit amoindrie.

Quant aux autres cas de mort, ils sont ainsi répartis :

Chez un des sujets qui ont succombé, on a trouvé, indépendamment d'une hépatisation grise des deux sommets, des adhérences anciennes des plèvres pulmonaires et diaphragmatique.

Chez le deuxième, dont j'ai pu faire l'autopsie, j'ai noté un épanchement considérable dans le péricarde, ainsi qu'une endocardite à forme végétante : il y avait, en outre, des adhérences anciennes très-considérables des plèvres.

Le troisième a succombé, beaucoup moins par suite des lésions du poumon qu'à un état typhoïde caractérisé par les lésions intestinales des plaques de Peyer.

Dans les autres cas, que la pneumonie ait été franche

ou qu'elle ait été accompagnée de bronchite ou de pleurésie, la base du traitement a toujours été la même, c'est-à-dire que, très-souvent dès le premier jour, une potion alcoolisée à 20 grammes a été donnée, que, dans les jours suivants, elle a presque toujours été donnée deux fois; qu'enfin, dans les cas où la température a été trop élevée, la digitale à la dose de 1 gramme environ a été administrée au début de la maladie. La digitale, comme nous le verrons, n'a pas été donnée plus de deux jours de suite, en moyenne, sauf peut-être quelques cas de broncho-pneumonie grave. Du reste, à l'égard de ce médicament, j'ai remarqué que M. Alix donne la digitale, quand la température est élevée, plutôt par précaution pour qu'elle ne se maintienne pas *trop longtemps* à un degré trop élevé, que pour combattre une élévation exagérée, qui, en général, cesse d'elle-même presque aussitôt, et même sans digitale.

Au début, M. Alix la donnait dans tous les cas, ainsi que j'ai pu le constater dans les premières observations recueillies; mais depuis, il ne la donne que lorsque des symptômes particuliers du côté du pouls, et notamment une fréquence exagérée, en rendent l'indication formelle, et encore, comme nous l'avons dit, c'est seulement une ou deux fois. La digitale, en effet, par son accumulation dans l'organisme, est un médicament dont on ne saurait user sans précaution. Il n'en est pas de même de l'alcool, qui se brûle à mesure, et qu'on peut donner pendant toute la durée du traitement.

J'ai à peine besoin d'ajouter que jamais M. Alix n'a prescrit de vésicatoire, de tartre stibié, de ventouses scarifiées, de saignée, de potions opiacées.

Grâce au traitement indiqué, la température, *d'abord de 40°* en moyenne, a offert une chute des plus manifestes au cinquième jour de traitement, et la guérison a été complète, en moyenne, dans le cours du huitième jour. Les malades auraient pu demander leur sortie vers cette époque; dans tous les cas, la convalescence a été des plus rapides.

Voilà pour l'ensemble des résultats :

Cette première appréciation, déjà si favorable au traitement, est exacte d'une façon générale. Mais les complications de l'affection primitive, telles que broncho-pneumonies, pleuro-pneumonies, pneumonies doubles, font varier certains éléments. Aussi est-il nécessaire de reprendre ces résultats en détail, et d'examiner successivement les pneumonies simples, les broncho-pneumonies, les pleuro-pneumonies et les pneumonies doubles.

C'est ce que je vais faire maintenant.

Voici la marche que j'ai suivie pour le dépouillement des observations :

Tout d'abord, les chiffres que je donne sont des chiffres *moyens*; n'ayant rassemblé pour obtenir ces moyennes que des éléments semblables, je peux affirmer l'exactitude du résultat en ce qui concerne chaque affection en particulier.

Après avoir fait le dénombrement des cas traités, et avoir fourni quelques tracés thermométriques, je donne les moyennes.

Il me semblait du plus grand intérêt de faire d'abord la *moyenne des jours d'invasion* au moment où le malade est entré à l'Hôpital ; mais outre que, dans la plupart des cas, cet élément a été omis dans les observations, j'ai pu me convaincre par l'expérience personnelle combien peu il fallait se fier au dire du malade, dont le billet d'entrée n'est d'ailleurs souvent que l'expression. On pourrait sans doute faire remonter l'invasion au moment où le *point de côté* a été senti ; mais ce point de côté est très-variable en intensité : la plupart des malades vous disent qu'ils avaient *mal à la poitrine* (?) depuis plusieurs jours, et quand on réussit à leur faire comprendre ce qu'on veut dire, ils vous montrent un ou plusieurs points des parois thoraciques, et cela vaguement, de sorte que le renseignement obtenu est généralement sans valeur précise. J'ai dû, par conséquent, laisser cet élément de côté, bien qu'à regret. Cependant, au point de vue du traitement suivi, la chose n'est pas aussi impor-

tante qu'elle le paraît au premier abord. En effet, très-souvent, le malade a subi un commencement de traitement à l'infirmerie : on lui a donné de l'émétique, ou mis un vésicatoire..... Or, c'est moins la durée moyenne de la pneumonie que nous tenons à établir que l'efficacité d'un traitement spécial, appliqué précisément dans n'importe quel état du poumon et du malade. Par suite, ce qu'il importe davantage de connaître, c'est la durée du traitement, et ce traitement ne commence qu'à l'Hôpital.

Si cet élément m'a manqué, j'ai pu en revanche établir très-exactement la *moyenne de la température à l'entrée*, chose, à mes yeux, bien plus importante. Je l'ai fait minutieusement par les procédés ordinaires, et en soumettant tous les résultats à une correction que je crois à l'abri de toute erreur.

Quant au *jour de la chute*, le phénomène le plus remarquable dans ce qui nous occupe, j'ai dû l'établir, non pas arbitrairement, puisque le fait est visible dans les tracés, mais avec certaines précautions.

Ainsi, à vrai dire, dans les observations citées, les températures de 41°, 40°, cèdent toujours dans trois jours au plus au traitement employé. On voit le thermomètre descendre alors à 39°, 38°. C'est, si l'on veut, une chute. Mais, dans un assez grand nombre de cas, la température, après être descendue de 41°, par exemple, à 38°, remonte ensuite à 39°, température évidemment morbide. Grâce à un examen attentif, j'ai pu me convaincre, au contraire, que jamais une température descendue à 37° ne remontait au delà de 38°, à moins de l'évolution d'une nouvelle maladie, ou même d'une nouvelle pneumonie. En somme, toute pneumonie, une fois la température descendue entre 37° 5 et 37°, est guérie.

J'ai donc préféré prendre pour jour de la chute le jour correspondant à cette température, et je l'ai appelé, pour le distinguer du jour de la chute relative, jour de la chute définitive. Je le répète, une pneumonie arrivée au degré indiqué ce jour-là est définitivement guérie.

Il y a plus. La chute est définitive, sans doute, si nous ne nous préoccupons que du danger d'une nouvelle complication pulmonaire ; mais la pneumonie débilite si bien les forces que la température ne s'arrête pas à ce degré de 37, — degré habituel de l'homme en santé — elle le franchit, et arrive à n'être plus que de 36° et même de 35°. Ce fait était des plus importants à faire ressortir : il explique presque à lui seul la raison du traitement ordonné par M. Alix, il explique pourquoi M. Alix veut surtout remonter l'organisme, en quelque sorte, et le préserver des dangers d'une déferveseence si subite et si considérable, et pourquoi aussi, par conséquent, il faut rejeter tout traitement contro-stimulant ou débilitant.

Le jour où cet *abaissement minimum de la température* se produit est variable : du reste, il est peu important à connaître. Il nous a paru plus intéressant de tirer une moyenne de température minima des faits observés. On verra que cette température, même moyenne, est notablement au-dessous de la normale, bien que, dans les tracés étudiés séparément, il y ait des écarts de 1 degré, 1 degré et demi.

Puisqu'il s'agissait d'un traitement spécial, il fallait nécessairement en faire connaître la *durée moyenne.* J'ai vite reconnu que, pour l'établir, je ne pouvais me baser sur le nombre de jours où la température avait été prise, certains malades ayant été suivis plus ou moins longtemps que d'autres. J'aurais désiré avoir, dans chaque observation, la date précise du jour où toute potion alcoolisée a été supprimée. L'observation exacte manque sur ce point J'ai regretté de ne pas avoir ce point de repère, le plus précis, sans doute. Mais, j'ai tâché d'obvier à ce désideratum de la manière suivante :

Ayant l'avantage d'être placé dans le service de M. Alix, depuis près d'un an, j'ai pu me convaincre qu'il cesse le traitement aussitôt que la tendance à l'augment s'accentue. En d'autres termes, de même que, pour jour de la chute

définitive, j'ai choisi 37°, de même j'ai choisi pour jour de la cessation du traitement celui où la température, après être descendue et s'être maintenue plus bas, est revenue à ce même degré 37. En moyenne, on le verra, c'est trois jours qui sont nécessaires.

J'aurais voulu établir exactement, autant du moins que le permet la moyenne, le nombre de potions, et par suite la quantité moyenne de digitale et d'alcool nécessitée pour le traitement. Les lacunes des observations ne m'ont pas permis de le faire rigourensement : j'ai dit néanmoins ce qui résultait de l'observation des cas où j'ai trouvé la chose nettement indiquée, et ce résultat a une valeur approximative assez sérieuse (1).

Les *relations du pouls et de la respiration avec la température*, soit *au moment de l'entrée*, soit surtout *au jour de la chute définitive*, étaient des plus intéressantes à connaître. Bien que ces éléments n'aient pas toujours été aussi exactement suivis que la température, j'ai pu néanmoins tirer des résultats très-approximatifs des cas que j'ai pu rassembler.

Il est, du reste, facile de comprendre pourquoi le pouls n'a pas toujours été aussi longtemps suivi que la température. En général, une fois redescendu à un chiffre à peu près normal, on n'en peut plus tirer aucune indication bien positive, de sorte que, la première effervescence passée, on peut le négliger. Cependant, je le répète, j'ai pu retirer de bonnes notions des cas assez nombreux où la chose a été notée.

Ayant établi la température minima moyenne dans les affections étudiées, j'ai dû faire le même travail pour la respiration et le pouls, toujours avec les éléments que j'ai eus

(1) Pour tout dire, je dois faire remarquer que, dans quelques rares observations, j'ai vu prescrites, non sans surprise, des potions opiacées, kermétisées, des pilules d'opium, etc. Ces médications, supprimées d'ailleurs le lendemain, n'ont dû leur apparition, dans le service de M. Alix, qu'à quelques visites faites pendant des absences temporaires du médecin traitant, par d'autres médecins fidèles à une méthode tout autre que celle dont M. Alix faisait l'application.

à ma disposition. Les résultats obtenus, sans avoir la même rigueur que ceux de la température, sont cependant très-approximativement exacts.

J'ai laissé presque toujours de côté la moyenne de l'âge, — elle est peu importante à connaître, puisque tous les malades traités ont été, ou à très-peu près, des militaires de 20 à 25 ans.

Je ne citerai que pour mémoire la moyenne relative des côtés atteints, la chose ayant peu d'intérêt en elle-même et, par suite, n'ayant pas été notée dans tous les cas.

Enfin, je donne le résultat final, c'est-à-dire la proportion des guérisons et des décès. Bien que le plus facile à obtenir de ces cas rassemblés, ce dernier résultat n'est pas le moins remarquable, alors surtout qu'on le compare à ceux que fournissent les autres statistiques.

(*La suite prochainement.*)

DE LA SPONTANÉITÉ EN FACE DE LA CONTAGION

(Suite et fin);

Par M. LAFOSSE.

II

Le principal fondement de cette doctrine se trouve, sans contredit, dans la découverte des parasites, sous l'action desquels éclôt bien manifestement un groupe imposant de maladies réputées contagieuses.

La gale, l'herpès tonsurant, la teigne ou favus, le pityriasis versicolor, le muguet, le charbon, etc., sont dus incontestablement à des êtres animés des deux règnes organiques, doués d'une vie propre, en partie indépendante et pouvant se reproduire par les mêmes modes de génération que leurs ascendants.

On a bien essayé de ramener ces êtres à l'état de produits

ou d'effets des maladies contagieuses, au lieu de leur attribuer leur véritable rôle de causes efficientes ; mais cette opinion n'a pu prévaloir ; des expériences tout à fait convaincantes l'ont réduite à néant. — C'est le moment de résumer, en preuve, celles de Bourguignon et Delafond, relatives à la gale, et celles, toutes palpitantes d'actualité, que l'on doit à M. Pasteur sur les maladies charbonneuses.

L'acare, comme la bactéridie, prétendaient les spontanéistes ou les partisans de la virulence, apparaissent dans le cours de la gale et du charbon, mais n'en sont pas les causes. La virulence est une propriété des plasmâs dans lesquels résident les êtres plus haut cités et dont ces liquides sont les véhicules. Nous rappellerons en quelques mots comment le contraire a été démontré.

D'abord, en ce qui concerne la gale, on peut essayer de dépouiller l'acare, par tout moyen quelconque, des matières dont on le prétend accompagné, sans qu'il cesse de produire les lésions caractéristiques, lorsqu'il est placé en lieu convenable, et à la condition de conserver sa vitalité et ses facultés reproductrices.

On objecte bien qu'il est impossible, sans tuer l'acare lui-même, de le dépouiller de son véhicule ou d'annihiler les propriétés virulentes de ce dernier ; mais on répond par l'expérience de la porphyrisation des acares, qui laisse intact le prétendu virus dont ils sont enveloppés, et après laquelle, mis aux prises avec la peau, le résidu de l'opération reste complétement inerte.

Trois expériences encore plus concluantes viennent corroborer la première.

On place un acare mâle, passant directement de sa galerie, de sa papule, sur la peau d'un sujet d'expérience ; on le tient à demeure sous un verre de montre ; il produit sur place vésicule, papule et galerie, suivant les cas, — mais là se bornent ses effets ; l'affection reste limitée dans sa sphère étroite et finit par disparaître spontanément.

Tout au contraire, si, dans les mêmes conditions, vous

placez à la fois un acare mâle et un acare femelle sous le verre de montre, ces êtres s'accouplent, se fécondent, se multiplient et les lésions de la maladie s'étendent suivant les lois ordinaires.

Mieux encore : une seule femelle d'acare fécondée, emprisonnée d'abord ainsi qu'il a été dit ci-dessus, provoque tout aussi bien que deux individus de sexes différents, mais un peu plus tôt, la même série de désordres.

Toute discussion, après de pareils faits, ne pourrait prouver que l'aveuglement ou la mauvaise foi de ceux qui voudraient en contredire les conséquences.

C'est en suivant des errements analogues que M. Pasteur a mis en relief le rôle actif de la bactéridie dans la production du charbon.

Ici, l'expérimentation était entourée de difficultés plus grandes que dans le cas précédent; mais le génie de l'auteur devait les vaincre et faire ressortir de ses recherches la vérité tout aussi évidente.

Les bactéridies, sous forme de bâtonnets, ne sont qu'un état transitoire. Dans certaines conditions, par certains modes de culture, les bâtonnets se transforment en filaments touffus, dans lesquels apparaissent les corpuscules brillants ou corpuscules germes, que nous proposons de nommer *pastories*; ces métamorphoses devaient être constatées; il fallait aussi que l'on sût l'apparition rapide des bactéries vraies dans le sang charbonneux, leur effet délétère sur les bactéridies, afin d'être en mesure de bien conduire les expériences et d'en interpréter sainement les résultats.

Nous ne voulons pas rapporter ici toute la série des recherches auxquelles s'est livré l'illustre professeur de la Sorbonne ; qu'il nous suffise de rappeler l'expérience décisive de l'inoculation du plasma charbonneux et des bactéridies.

On sait que, pour prouver directement le rôle étiologique des bactéridies et des corpuscules germes, du sang

charbonneux encore frais a été filtré à travers du plâtre. Cette opération a eu pour résultat le seul passage du plasma dépouillé de bactéridies et de corpuscules brillants. L'inoculation de ce plasma est restée sans effet. — Tout au contraire, l'inoculation du même sang non filtré produit les effets foudroyants du charbon.

En vain a-t-on objecté que le plâtre détruisait la virulence du plasma, car l'inoculation du sang resté sur le filtre avec les bâtonnets et les corpuscules a prouvé qu'il avait conservé sa puissance anthracnogène.

Dans l'intervalle qui sépare ces découvertes, M. Chauveau produisait les siennes sur les corpuscules figurés des plasmas contagifères; elles n'ont pas, en apparence du moins, la même force démonstrative que les précédentes, en ce sens que les corpuscules dont il s'agit ne sont pas, comme les acares et les bactéridies, des êtres tout à fait différents, au moins dans leur aspect objectif, des corpuscules analogues que contiennent des liquides, tels que le pus, engendrés par l'organisme, mais non contagifères ; il y a encore doute, incertitude sur la nature de ces organites; pourtant, en y réfléchissant, les faits auxquels ils donnent naissance militent, presque à l'égal de ceux déjà rapportés, contre la spontanéité des affections contagieuses.

Par ses procédés de dilution, de filtration, l'habile expérimentateur de Lyon met aussi en toute évidence que la force de contagion est concentrée dans les corpuscules figurés, à l'exclusion du plasma qui, au contraire, n'a aucune vertu spécifique.

Dès lors, n'est-on pas forcément amené à cette induction que, doués de propriétés spécifiques comme les agents contagifères plus haut cités, se reproduisant comme eux au sein de l'organisme, ils participent de leur nature, tout en restant à l'état d'organites des plus élémentaires ?

Que l'on descende encore davantage ces êtres singuliers et qu'on les assimile, à certains égards, aux cellules et aux corpuscules primitifs de l'organisme, ils s'en distingueront

néanmoins par un côté : leur pouvoir de produire des effets morbifiques propres, absolument interdits à leurs analogues. Ils ressemblent en cela aux ovules des mammifères entre lesquels il est impossible de constater des différences avant leur fécondation, malgré les dissemblances profondes présentées par les êtres qu'ils produisent après avoir été fécondés.

Peut-être arrivera-t-on jusqu'à établir entre les corpuscules figurés la différence qui existe entre les œufs fécondés et ceux qui ne le sont pas. Quoi qu'il en soit, ils restent à l'état d'êtres d'origine organique tout à fait distincts, et, à ce titre, ils échappent à la doctrine des spontanéistes, en ce sens qu'ils ne peuvent être engendrés que par leurs semblables et qu'il est impossible de les créer de toutes pièces, à quelque autre agent pathogénique ordinaire que l'on s'adresse et quel que soit le concours de ces sortes d'agents que l'on mette en jeu.

A ces raisons, déjà si puissantes, sur lesquelles s'appuient les partisans de la spécificité, viennent encore s'en joindre d'autres d'une incontestable valeur.

Déjà nous avons signalé l'impossibilité de faire développer à volonté une maladie contagieuse à l'aide des causes banales ou communes; nous insistons sur ce point et nous affirmons même que, jamais, il n'a été nettement démontré qu'une seule de ces maladies ait été engendrée par de telles causes, qu'elles aient agi accidentellement ou par hasard, ou même qu'elles aient été mises en action intentionnellement. Sans doute, ces sortes d'agents sont pathogéniques, mais ils ne sont efficaces qu'à la condition d'agir avec une intensité supérieure à la force de résistance de l'organisme; la nature des maladies qu'ils produisent varie suivant les espèces et les individus, bien qu'ils puissent être nocifs indistinctement pour les uns et les autres ; ils sont influencés sous ce rapport par les prédispositions. Tout au contraire, les agents spécifiques, quelle que soit leur intensité, peuvent être pathogéniques ; l'effet qu'ils déterminent est

toujours identique dans sa nature, et ils n'agissent pas indifféremment sur toutes les espèces; il en est même qui ne peuvent agir que sur une seule. En tout cas, il est incontestable qu'on parvient à produire à volonté les maladies spécifiques, pourvu que l'on dispose de leur agent propre et de sujets doués de réceptivité à l'égard de cette cause.

Des traits d'une profonde dissemblance séparent donc radicalement les maladies accidentelles des maladies spécifiques. Celles-ci sont bien des entités à part, qui ne peuvent être engendrées que par elles-mêmes.

Une seule raison de quelque importance se présente donc en faveur de la naissance spontanée des premières : c'est leur apparition sans l'intervention saisissable ou objective d'un agent spécifique. — Nous ne devons rien négliger pour la réduire à sa juste valeur.

Pour être autorisé à nier l'intervention de la cause spécifique, dans le cas où elle n'a pas été aperçue, il faudrait avoir rayé de la liste des attributs propres à ces agents contagifères leur habitat possible, mais occulte, dans le milieu extérieur, ou bien à la surface ou au sein d'individus indemnes en apparence, et dans lesquels pourtant ils exercent, dans ce dernier cas, leur action pathogénique ; enfin, leur très facile dissémination et leur longue conservabilité.

En ce qui concerne l'*habitat* dans le milieu extérieur, ou bien à la surface et à l'intérieur des animaux, c'est un fait appuyé sur trop de preuves pour qu'il soit utile de s'y arrêter.

Quant à la *conservabilité*, il ne peut être contesté qu'elle est parfois de plusieurs années, et personne n'à sans doute précisé son extrême limite. On sait, du reste, qu'elle est subordonnée à des conditions que nous pouvons réaliser à volonté et dont la réunion peut être l'œuvre du hasard. Donc, au lieu de nier la présence de l'agent pathogénique là où ont résidé autrefois des sujets qui en étaient imprégnés, c'est le contraire qu'il serait logique d'affirmer, toutes

les fois qu'y reparaît la maladie que cet agent peut engendrer.

Cette conclusion est moins certaine lorsque la maladie est constatée pour la première fois dans une localité, lorsqu'elle n'y est pas notoirement importée par des sujets malades, ou provenant de contrées infectées ; mais alors c'est au transport de l'agent pathogénique par un de ses nombreux moyens de *dissémination* qu'on est en droit d'attribuer sa présence.

N'a-t-il pas été constaté à Anvers plusieurs invasions du typhus, pendant l'épizootie de 1865? Pourtant, l'importation du bétail des états infectés était interdite en Belgique, et bonne garde était faite; mais de nombreux voyageurs venant de ces Etats s'embarquaient à Anvers, et on n'a pas hésité à les considérer comme les véhicules de la contagion.

Comment pourrait-on douter encore de la présence possible des agents contagifères en tout lieu, par voie de dissémination, lorsque l'on est convaincu qu'une foule de corps solides ou liquides peuvent leur servir de véhicules, et lorsqu'il est constant que les moins ténus de tous sont parfois transportés par les vents?

Ne sait-on pas que les agitations de l'air disséminent, soit en hauteur, soit en direction horizontale, des corps infiniment moins minuscules que les agents de contagion? Des duvets, des brins de laine, des filaments de cotons, jusqu'à des feuilles parviennent sur le sommet des tours Notre-Dame. Des graines de diverses plantes voltigent dans l'air à la faveur de leurs aigrettes ou de leur revêtement tomenteux. Le pollen des plantes est transporté à des centaines de kilomètres de distance pendant les tempêtes. Les séminules d'une foule de cryptogames ont été recueillies dans la vapeur condensée de l'atmosphère. On a expérimentalement transmis le favus à distance. Tout récemment, on a constaté la dissémination du phylloxéra gallicole par les vents. Or, le phylloxéra n'est pas plus léger que

l'acare, lequel ne l'est pas beaucoup moins que tous les autres microzoaires, microphytes ou organites promoteurs des maladies contagieuses. Que faut-il donc citer de plus pour conduire à reconnaître que les germes contagieux ont toutes chances de se trouver partout et que, s'il y a lieu de s'étonner, c'est que leurs effets morbifiques ne soient pas plus multipliés.

Si, au point où nous sommes parvenus, nous résumons notre exposé, avant d'arriver aux conséquences pratiques des opinions en présence, nous trouvons que le spontanéisme repose sur une observation surperficielle, ayant conduit à considérer comme subordonnés des faits sans lien autre que leur coïncidence, et que la causalité réelle a échappé à ses partisans, ou parce que, lors de sa naissance, on n'était en possession ni des méthodes, ni des moyens indispensables pour la trouver, ou parce que ces moyens et ces méthodes, appliqués de nos jours, malgré d'immenses progrès accomplis, n'ont pu porter la conviction dans tous les esprits et, enfin, parce qu'il est difficile de se dépouiller des vieilles croyances et qu'il en coûte toujours de faire l'aveu des erreurs que l'on a commises ou que l'on a longtemps partagées.

Quant à la spécificité ou homopathogénie, elle repose sur des faits indiscutables; elle a mis en lumière des vérités indestructibles et, pour un bon nombre de maladies, il est désormais impossible de concevoir à son sujet l'ombre d'un doute, à moins de croire à la génération spontanée des êtres vivants qui les produisent, croyance qui n'a aucun fondement solide et dont les travaux des investigateurs les plus autorisés ont fait aujourd'hui bonne justice.

Sans doute, quelques découvertes sont encore à faire pour rendre cette doctrine définitivement et sans conteste applicable à toutes les maladies contagieuses. Il faut que la lumière se fasse sur la nature de leur agent, sur sa conservabilité, ses déplacements, les moyens de constater sa présence partout où il existe, sa provenance partout où il produit ses effets.

Mais si telles sont les exigences de la science, aux termes extrêmes de ses rigueurs, la logique peut se tenir pour satisfaite, et conclure sans hésitation que les vérités acquises présagent celles dont la venue se prépare et qui, selon toute probabilité, ne se feront pas attendre. En tout cas, la pratique entre ces deux doctrines : l'une hasardée, irrationnelle, obscure en tous points ; l'autre claire, évidente, convaincante sur des points déjà nombreux, ne peut pas longtemps rester hésitante. Nous n'avons plus, pour le démontrer, qu'à placer les deux doctrines sur le terrain des applications.

III

Voyons d'abord la spontanéité aux prises avec la prophylaxie et l'hygiène générale.

Attribuant la genèse des maladies contagieuses à des causes autres que la contagion, elle se trouve obligée à prévenir l'action de celles qu'elle suppose efficientes. Nous allons faire ressortir par quelques exemples les conséquences de ce point de départ.

S'agit-il de la rage, au sujet de laquelle les spontanéistes semblent avoir épuisé la liste des suppositions étiologiques? on recommandera de laisser les chiens en liberté, on proscrira la muselière, vu que la servitude, les contrariétés, concourent à produire cette terrible maladie; on multipliera ainsi les chances de contagion soit pour l'homme, soit pour les animaux. Ceux qui la mettent sous la dépendance des penchants lascifs inassouvis iront jusqu'à prescrire la castration.

Lorsque la morve a été mise sous la dépendance de l'agglomération, de l'infection, on a conseillé des logements spacieux, bien aérés. L'administration de la guerre, sous l'impulsion de son comité d'hygiène, s'est mise en frais de construction ; des millions ont été dépensés, et la morve a continué ses ravages dans l'armée, tant qu'on a persisté à nier sa contagion.

Plus récemment, on l'attribuait à un travail excessif ; on conseillait à de grandes administrations de le diminuer, ce qui les mettait dans l'alternative assez fâcheuse de se ruiner par la morve ou par le repos de leur cavalerie.

La même remarque s'applique au charbon que l'on a voulu mettre aussi sous la dépendance d'un travail à outrance.

Lorsque la dourine ou aphrodippose a fait pour la pre-première fois son invasion dans la plaine de Tarbes, sa naissance était expliquée par une surexcitation des organes générateurs, combinée avec une constitution catarrhale. Il fallait alors laisser en repos les fonctions génératrices, au préjudice de la reproduction.

Attribue-t-on la péripneumonie aux intempéries des hautes montagnes, au manque d'abris dans les forêts préservées contre la libre dépaissance ? Il faut, au lieu de cantonner le bétail, lui laisser ravager les taillis, se priver d'opérer le reboisement des étages moyens, c'est-à-dire, favoriser la dénudation des pentes et, par suite, faciliter les inondations.

Quelles que soient les maladies contagieuses, deviennent-elles épizootiques ? on en cherche les causes générales, et lorsqu'on croit les avoir trouvées, on se hâte de modifier les conditions de l'hygiène, d'employer des mesures, de prescrire des médicaments, auxquels on attribue, et presque toujours à faux, des vertus préservatrices.

Dans le domaine de la médecine juridique, les conséquences ne sont pas moins funestes.

De nos jours, où les déplacements du bétail, les transactions auxquelles il donne lieu sont plus fréquents que jamais, les maladies contagieuses se multiplient ; des spéculateurs éhontés mettent à profit les sinistres qu'éprouvent les particuliers pour acheter à vil prix des animaux contaminés, mais seulement suspects, qu'ils revendent à gros bénéfices. Peu après le dernier achat, le mal éclate, des procès en dommages sont intentés, le ministère public, chose rare, s'émeut parfois et poursuit correctionnellement.

Mais quelle que soit l'action engagée et la juridiction compétente, le tribunal exige pour le condamner qu'il y ait faute ou préméditation de la part du vendeur. Comment donner des preuves lorsque plusieurs ventes successives ont été opérées, lorsque, comme cela se présente constamment, quelques jours se sont écoulés entre la vente et l'introduction de la demande? Du moment où l'on croit à la spontanéité, ou à la provocation possible du mal chez l'acheteur par des causes accidentelles intervenues depuis que le bétail en litige est entre ses mains, ces sortes de procès finissent toujours par un acquittement, qui devient pour le vendeur en fraude une prime d'encouragement.

La doctrine de la spécificité conduit au contraire à de grandes simplifications et donne, à tous les points de vue, des résultats beaucoup plus certains et plus justes.

Une seule cause engendrant une maladie contagieuse, il ne s'agit que de la détruire ou de s'opposer à sa dissémination pour arrêter la contagion.

Les moyens pour arriver à ce double but ne manquent pas, et ils sont en général d'une facile application.

S'attacher sans cesse à détruire les agents de contagion, ce n'est pas à coup sûr créer la certitude d'obtenir bientôt leur disparition absolue ; mais il n'est pas douteux que, dans cette lutte incessante, on ne limite infiniment leur action, en sorte qu'ils descendent, pour leur influence nocive, au rang de ceux qui provoquent des maladies sporadiques.

Réduites dans leurs proportions, les maladies contagieuses cessent de prélever annuellement leur lourd tribut sur la fortune publique, ou de causer la ruine des particuliers ; elles ne motivent plus, dans le commerce international, ces mesures prohibitives aussi funestes pour la fortune générale que préjudiciables à l'hygiène publique.

Dans le domaine de la médecine juridique, tout devient clair et facile. Il n'y a qu'à prendre pour base essentielle de jugement le délai minimum d'incubation de chaque maladie. L'éclosion de la contagion chez l'acheteur dans ce délai, à

dater de la prise de possession, est la preuve de l'antériorité à la vente, et celle de la responsabilité qui doit incomber au vendeur.

Au-delà de ce délai, l'enquête sans doute ne serait pas interdite, ni en faveur de l'acheteur, ni en faveur du vendeur, suivant les cas. Mais bien rares seraient les occasions de la faire intervenir.

Bien des considérations pourraient encore être présentées pour faire ressortir les avantages de la spécificité sur la spontanéité, mais votre attention a déjà été trop longtemps tenue en éveil et, s'il en était besoin, je pourrais insister davantage dans la discussion que le sujet pourrait provoquer. Du reste, je n'ai pas eu la prétention de porter la conviction dans tous les esprits; un pareil résultat exige pour toutes choses un concours de conditions que le temps seul peut produire, alors même que la lumière a pénétré partout et qu'aucune lacune ne reste à combler, ce qui n'est pas tout à fait le cas pour la thèse que nous avons abordée. Nous avons voulu seulement appeler l'attention sur un point d'étiologie de la plus haute importance, inviter à l'examen, arriver ainsi à mettre au moins les spontanéistes en défiance d'eux-mêmes, tout en provoquant leurs adversaires à des recherches, à des découvertes nouvelles d'autant plus décisives dans leurs effets qu'elles agiraient sur des opinions déjà ébranlées.

Enfin, nous avons voulu encore, par la réalisation de ces vues, accélérer le moment où l'hygiène générale, la prophylaxie, la médecine juridique, moins exigeantes que la science, entreraient dans leurs véritables voies, en ce qui concerne leurs rapports avec les maladies contagieuses.

Puissiez-vous trouver seulement que, ne l'ayant pas atteint, nous nous sommes au moins approché du but de cette étude.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE.

Séance du 1er mai 1879.

Présidence de M. Janot, président.

Etaient présents : MM. Janot, Garipuy, Couseran, J. Naudin, Faurès, Peyreigne, Lafosse, d'Auriol, Armieux, Jougla, Mauri, Saint-Plancat, Terson, Bonnemaison, Giscaro, *secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

M. le Président fait part du décès de M. Gubler, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre honoraire de la Société. Il demande l'avis de ses collègues sur la fixation du jour de son remplacement. Il propose de le renvoyer après la séance publique.

La Société décide, par un vote, que cette élection aura lieu dans une séance extraordinaire, qui est fixée au lundi 5 mai.

La correspondance imprimée ne renferme rien de particulier.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. le docteur Moinet, en réponse à celle qui lui a été écrite par le secrétaire général, touchant certains détails relatifs au prix qu'il a obtenu ; 2° une invitation à assister à la séance publique de l'Académie des Jeux-Floraux.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour. — La Société entre en conférence sur les maladies régnantes du mois d'avril.

M. Lafosse, appelé à payer son tribut académique, lit un important mémoire ayant pour titre : *De la spontanéité en face de la contagion.*

L'heure étant trop avancée pour permettre une discussion approfondie sur cette lecture, la réunion décide, par un vote, que la discussion sera reuvoyée à une prochaine séance.

Le Président remercie M. Lafosse au nom de la Société.

M. Garipuy lit le rapport de la Commission chargée de juger le prix de l'année.

Ce rapport conclut qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix. Le rapport et ses conclusions sont adoptées.

Le Président remercie M. Garipuy au nom de la Société.

M. Jougla donne lecture des questions proposées au choix de la

Société pour le prix Naudin. La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

MM. Mauri et Jougla sont désignés commissaires de la séance publique.

MM. Dazet et Mauri sont commissaires du banquet.

La séance est levée à 5 heures 50.

Séance extraordinaire du 5 mai.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Mauri, Baillet, Armieux, Faurès, d'Auriol, Dazet, Peyreigne, J. Naudin, Caubet, Garipuy, Roque d'Orbcastel, Molinier, Bonnemaison, Couseran, Giscaro, *secrétaire général.*

Conformément à l'ordre du jour, il est procédé à la nomination d'un membre honoraire.

Nombre de votants, 16; majorité réglementaire des trois quarts, 12.

1er tour.

MM. Henri Roger	11 voix
N. Guéneau de Mussy	1
Pasteur	2
Quatrefages	1
Bouchardat	1

2e tour.

MM. Henri Roger	11 voix
Pasteur	3
Bouchardat	2

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des trois quarts des suffrages, il est procédé à un scrutin de ballottage entre MM. H. Roger et Pasteur, qui donne le résultat suivant :

MM. H. Roger	11 voix
Pasteur	5

Le résultat du scrutin ayant donné la majorité à M. Henri Roger, M. le Président proclame cet éminent confrère membre honoraire.

M. Caubet lit le rapport de la Commission chargée de juger le concours des médailles. Ses conclusions sont d'accorder une première médaille d'argent à M. Albert Joly, aide-major à l'hôpital militaire de Toulouse, une deuxième médaille à M. Montané, médecin-major au 36e de ligne, à Tulle.

Ces conclusions sont votées à l'unanimité.

Le Président remercie M. Caubet, rapporteur.

L'ordre du jour appelle le choix des questions pour le prix Naudin et le prix de l'année.

M. Mauri lit un certain nombre de questions pour le prix Naudin.

Le Sècrétaire général fait la motion que les deux séries de questions soient lues successivement, afin que la Société puisse faire son choix et les affecter à tel prix qu'elle voudra. Adopté.

M. Armieux lit les questions du prix de l'année.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Naudin, Bonnemaison, Mauri, Giscaro et Armieux, la majorité adopte une question qui procède des deux séries. Elle est ainsi formulée par M. Baillet : *Des doctrines panspermistes étudiées au point de vue de la pathologie générale et de la clinique.*

La majorité l'attribue au prix Naudin.

La question choisie pour le prix de l'année est ainsi conçue : *Maladies de croissance.*

Sur la proposition de M. Naudin, la quotité du prix Naudin est fixée à 1,000 fr., plus 200 fr. pour frais d'impression.

La séance est levée à 6 h. 15 m.

Séance publique du 11 mai 1879.

Présidence de M. Janot, président.

La séance est ouverte à une heure.

Présents : MM. Janot, Couseran, Lafosse, Bonnemaison, Timbal-Lagrave (Albert), Terson, Jougla, Armieux, Mauri, Baillet, Caubet, Dop, Faurès, Roque-d'Orbcastel, Molinier, Garipuy, Filhol, Saint-Plançat, Dazet, Naudin, Giscaro, *secrétaire général.*

Sont assis au bureau :

M. Bibent, adjoint au maire de Toulouse, représentant M. le

maire, membre-né de la Société ; M. Gatien-Arnoult, recteur honoraire ; M. Joly père, professeur honoraire à la Faculté des sciences et à l'Ecole de médecine ; M. Clos, professeur à la Faculté des sciences.

M. le Préfet s'était excusé par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

M. Janot, président, ouvre la séance en prononçant un discours sur le *Génie réparateur de la médecine.*

M. Giscaro, secrétaire général, donne lecture du compte-rendu des travaux de la Société depuis le 12 mai 1878 jusqu'au 11 mai 1879.

Il lit une notice nécrologique sur les membres que la Société a perdus.

M. Filhol présente le rapport de la Commission du prix Jules Naudin.

M. Garipuy lit le rapport sur le prix de l'année.

Le Secrétaire général a terminé la séance par la proclamation des récompenses et la lecture du programme des prix pour 1880 et 1881. (Voir le dernier numéro de la *Revue médicale.*)

La séance a été levée à trois heures.

Séance du 12 mai 1879.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, J. Naudin, Faurès, Baillet, Peyreigne, d'Auriol, Cazac, Mauri, Caubet, Lafosse, Armieux, Ribell, Terson, Jougla, Timbal-Lagrave fils, Garipuy, Bonnemaison, Couseran, Giscaro, *secrétaire général.*

Les procès-verbaux de la séance ordinaire du 1er mai, de la séance extraordinaire du 5 et de la séance publique du 11 sont lus et adoptés.

La correspondance imprimée, outre les publications périodiques habituelles, comprend : 1° *Cauterets,* brochure in-8°, par le docteur de Larbès, membre correspondant ; 2° *la Bourboule et le Mont-Dore*, par le docteur Chateau ; 3° *Fibromes interstitiels de l'utérus*, par le docteur Abeille, membre correspondant. Renvoyé au rapport verbal de M. Molinier ; 4° *Recueil de l'Académie des Jeux-Floraux*, 1877 et 1879.

Correspondance manuscrite : 1° Lettre de M. Montané, remerciant la Société de la médaille qui lui a été accordée ; 2° lettre de M. H. Roger, remerciant la Société de l'honneur qu'elle lui a fait de le nommer membre associé honoraire.

. Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour. — M. Garipuy lit le rapport du *primâ mensis*, qui est adopté après une rectification de M. Mauri.

M. Ribell, appelé à payer son tribut académique, lit un travail intitulé : *Observations d'ictère du nouveau-né. Réflexions sur la pathogénie de cette affection.*

Dans ce travail, l'auteur étudie et discute les théories émises par les divers auteurs sur la pathogénie de l'ictère du nouveau-né. Il admet trois formes : l'ictère simple, qui semble être à la fois bilieux et hématique, l'ictère hématique et l'ictère symptomatique.

Il termine son étude par trois observations dont la dernière n'est pas complète, l'enfant n'étant encore ni mort ni guéri.

Cette lecture est suivie d'une courte discussion à laquelle prennent part MM. Molinier et Garipuy.

L'ordre du jour appelle les élections du bureau pour l'année 1879-1880. (Voir le dernier numéro de la *Revue médicale.*)

Sur la proposition de M. le Président, la Société déclare la vacance d'une place de membre résidant dans la section de médecine et de chirurgie. Les candidats devront avoir envoyé leur Mémoire avant le 21 juillet prochain.

M. J. Naudin demaude à être nommé membre libre. Il développe les titres qu'il croit avoir à cette faveur.

M. le Président appuie la demande de M. J. Naudin.

Après un court débat sur l'opportunité de procéder séance tenante à cette nomination ou de la renvoyer à la prochaine séance, la Société décide qu'elle aura lieu immédiatement ; elle confère à l'unanimité le titre de membre libre à M. J. Naudin.

MM. J. Naudin et Giscaro sont chargés d'aller visiter M. Desclaux, sérieusement malade, et de lui apporter les vœux sympathiques de la Société.

La séance est levée à 6 h. 20 m.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de mai 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

Le mois de mai est un mois dont Toulouse doit fermement désirer le retour car, chaque année, nous avons la satisfaction de faire remarquer qu'à pareille époque les naissances l'emportent sur les décès, non pas tant parce que les premières augmentent sensiblement, mais surtout parce que ces derniers sont en moins grand nombre que dans les autres mois. Je fais tout d'abord cette remarque, car il nous arrive, hélas ! bien peu souvent d'avoir à constater un aussi heureux résultat.

Ce n'est pas à dire néanmoins que la constitution médicale se soit modifiée bien sensiblement quant à la nature des maladies que vous avez observées ; ce sont surtout les affections catarrhales des voies respiratoires et des voies digestives qui ont réclamé vos soins. Mais la diminution des décès indique suffisamment qu'elle a perdu un peu l'action funeste que nous lui avions reconnue pendant les mois précédents. Les pluies ont été moins persistantes, la température s'est sensiblement élevée, et les vieillards ainsi que les phthisiques ont bénéficié de ces changements favorables à la santé publique.

La fièvre typhoïde a fait onze victimes.

Quelques jeunes enfants d'un jour à un an ont succombé à la suite de diarrhées, maladie si funeste pour ces jeunes êtres pendant les chaleurs d'été. Ce sont les premiers d'une trop longue liste que nous aurons le regret de dresser pendant la saison qui va commencer et que nous dressons tous les ans. Rappelons à ce sujet que l'hygiène de la première enfance est par trop négligée et qu'une alimentation précoce constitue pour l'estomac de l'enfant encore insuffisamment développé une cause puissante de maladie de cet organe.

Vous avez observé bien des cas de varicelles, qui ont eu toutes des terminaisons heureuses.

La variole n'a été suivie qu'une fois de mort et les cas signalés ont été en petit nombre.

Terminons, pour nous résumer, par la remarque consolante que nous avons faite en commençant : Si la constitution médicale est, quant à sa nature, sensiblement la même que dans les mois précédents, ses effets ont été moins funestes.

OBSERVATIONS météorologiques et nature des c
l'Etat civil pend

ALTITUDE : 146 m.

DATES.	Pression atmosphérique.	Température de la journée. max	min	Humidité relative.	Pluie ou neige	Vent.	Variole. H.	F.	Rougeole. H.	F.	Scarlatine. H.	F.	Erysipèle. H.	F.	Fièvre typhoïde H.	F.	Rhumatisme. H.	F.	Diphthérite ou croup. H.	F.	Tuberculisation. H.	F.
1	753, 6	11	5	57	1,9	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.
2	749, 5	13	6	81	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.
3	755, 7	15	4	76	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	1
4	756, 0	16	4	62	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.
5	755, 2	16	8	79	2,5	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6	754, 2	18	5	68	0,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
7	744, 6	13	9	74	13,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
8	745, 0	8	6	78	1,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
9	746, 0	10	3	87	4,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
10	747, 5	12	3	83	15,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
11	755, 7	14	3	71	0,5	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	1	.
12	756, 5	17	7	56	.	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.
13	758, 2	21	9	71	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
14	754, 7	23	8	78	,	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	.
15	756, 3	20	5	76	,	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1
16	758, 2	16	7	75	4,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	2	.
17	756, 5	14	8	90	8,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1
18	745, 5	16	8	90	11,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.
19	748, 8	13	7	76	1,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	2
20	753, 4	19	9	78	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2
21	754, 6	23	8	71	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
22	754, 1	27	11	70	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	1
23	756, 3	24	14	71	,	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	1
24	756, 0	18	10	68	0,3	O	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
25	750, 8	17	8	80	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.
26	750, 0	15	11	78	4,5	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
27	745, 0	15	7	72	3	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
28	744, 0	18	8	78	1	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1
29	747, 4	21	7	82	.	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
30	749, 2	18	12	65	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.
31	749, 8	17	11	64	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
MOYENNES DU MOIS :	751, 8	17	7	74	2		1		.		.		.		11		4		6		38	

Total général des décès...

de *DÉCÈS à Toulouse, d'après les déclarations faites à*
mois *de Mai* 1879.

Population ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants.		Hémorrhagie cérébrale.		Paralysies.		MALADIES DE L'APPAREIL — RESPIRATOIRE — Pleuro pneumonies		Bronchites		Chroniques		CIRCULATOIRE — Aiguës		Chroniques		DIGESTIF — Diarrhées. dysenterie.		Cholérine.		Suites de couches.	Affections chirurgicales		MORTS VIOLENTES — Accidentelles.		Volontaires.		Causes diverses.	
H.	F	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	2
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	.	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	2
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
1	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	3
1	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1
.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	.	.	1	.	.	1	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	2	1
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	1	.	.	.	3	1	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
4		6		8		22		5		9		.		6		1		.		1	8		.		.		33	

Ho mes....... 106 }
Fe mes....... 116 } 247
Jeı ·enfants.. 25 }

Naissances..... { Garçons........ 140 / Filles.......... 125 } 265

Mort-nés...... { Garçons........ 8 / Filles.......... 4 } 12

CHRONIQUE.

A la fin du mois de mai dernier, M. le professeur Gavarret, inspecteur de l'enseignement supérieur pour les Ecoles de médecine, s'est rendu à Toulouse où il a séjourné une semaine.

L'objet de cette visite n'était pas d'inspecter notre Ecole secondaire, mais de traiter avec les autorités compétentes de tous les sujets afférents à la création de notre future Faculté de médecine.

Nous pouvons assurer que toutes les grandes questions que comporte une telle installation ont été examinées et résolues à la grande satisfaction de M. l'Inspecteur général et au mieux des intérêts de la Faculté future.

M Gavarret a travaillé pendant de longues heures avec les représentants de l'Administration municipale, avec le chef de notre Académie, avec le Président de la Commission des Hôpitaux, avec le Directeur de l'Ecole actuelle.

L'Inspecteur a enfin reçu les professeurs de l'Ecole de médecine à l'Hôtel de l'Académie, et cette réception ne s'est point bornée à une simple visite officielle, elle a eu pour objet une étude minutieuse des plans projetés pour la Faculté de médecine. Chaque professeur a étudié avec M. l'Inspecteur les services ressortissant à sa chaire, chacun a fait ses observations, et accepté après examen les détails des plans proposés. Aussi les plans d'ensemble ont-ils été renvoyés à Paris, où le Conseil des bâtiments les a définitivement adoptés.

Nous croyons savoir que toutes les pièces afférentes à la future Faculté ont passé par le Conseil d'Etat avec le dossier de l'emprunt à réaliser par la ville de Toulouse, de sorte que dans un temps prochain les premiers travaux seront entrepris dans les locaux de la caserne de la Daurade.

— Dimanche, 22 juin, ont eu lieu, à Toulouse, les obsèques de M. le Professeur Batut, décédé à Paris, le 19 courant. Le corps médical de Toulouse, l'Ecole de médecine et les Hôpitaux, la Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie auxquels M. Batut appartenait, ont éprouvé par cette mort une grande perte. Les qualités du professeur, du chirurgien des hôpitaux, du membre de la Société de médecine, du médecin des associations de Bienfaisance protestantes, ont été retracées sur sa tombe dans les discours émus de M. Filhol, directeur de l'École de médecine, de M. Garipuy, secrétaire annuel de la Société de médecine, de M. Courtois de Viçose, membre du Conseil presbytéral, ami personnel du défunt, et généreux collaborateur de toutes les œuvres de charité qui ont rempli la vie de notre très-regretté confrère.

Nous ne voulons ajouter qu'un mot à tant d'éloges mérités : le Dr Batut se distinguait surtout par une extrême bienveillance dans ses relations de confrère, il fut sympathique et accueillant à tous; il eut surtout pour les jeunes médecins et pour les élèves une affabilité inaltérable, qui faisait de lui le plus populaire des maîtres.

— Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Desclaux, membre résidant de la Société de médecine et chirurgie. M. Desclaux a succombé à l'âge de 60 ans après une longue et douloureuse maladie.

Le Secrétaire du Comité de publication,

CAUBET.

Toulouse. — impr. DOULADOURE.

Juillet 1879. XIIIe année. No 7

REVUE MÉDICALE

DE TOULOUSE.

DE L'ETIOLOGIE DU GOITRE SPORADIQUE ;

Par le Docteur ROQUE-D'ORBCASTEL fils.

Il y a plusieurs mois, les grands journaux annonçaient qu'une épidémie de goître s'était manifestée chez les soldats nouvellement arrivés dans la Lozère. Il m'a semblé qu'il y aurait un certain intérêt d'actualité à choisir ce sujet pour acquitter le tribut auquel je venais d'être convié.

Quelques observations vont me permettre de rechercher avec vous une des causes habituelles du goître sporadique, de l'hypertrophie simple générale ou partielle du corps thyroïde; en laissant de côté le goître endémique et le goître exophthalmique, dont la nature et l'origine sont suffisamment éclairées par les travaux contemporains.

M. de L..., fixé depuis quelques années dans l'Agenais, était venu en 1872 passer les derniers jours de la fête de Pâques à Toulouse, dans sa famille, où j'eus l'occasion de le voir, sans qu'il m'entretînt de sa santé, quand, à peine rentré chez lui et fixé devant son miroir pour faire sa barbe, sa femme lui fait remarquer le côté droit du cou, dont le volume différait de celui du côté opposé. Il regarde, il examine, il constate une tumeur grosse comme une belle noix, dont il n'avait pas eu conscience, avant ce moment. La tête montée, il envoya immédiatement chercher le médecin de sa localité. Notre confrère ne sut lui dire alors

ce que c'était. — Je parle d'après le malade. Il n'éprouvait là aucune souffrance ; la peau du cou avait sa couleur normale. Comme cela va sans dire, l'iodure de potassium *intus* et *in cute* est prescrit *larga manu :* mais au bout d'un mois, fatigué de se soigner sans succès, M. de L.... voit un autre médecin, en consulte un troisième qui le menace d'une opération, et il vient à Toulouse pour me montrer le cas.

Son histoire m'étonne. Personne n'ayant voulu lui dire ce qu'était son mal ; j'allais sans hésitation le lui annoncer, quand une pensée subite me retient et m'engage à réclamer le concours d'un de nos confrères. M. le professeur Bonamy se rend peu d'heures après ; il se hâte de lui apprendre que c'est un goître. Je rappelle alors aux personnes de l'entourage que M[lle] de L..... a été soignée douze ans auparavant pour une semblable affection ; qu'une autre sœur, M[me] de F., a été également soignée par moi pour une semblable tumeur, et que leur père avait été atteint en 1835, sur son domaine, près de Gaillac, d'un goître aigu, ayant acquis rapidement un développement considérable ; goître qu'il conserva longtemps. J'ajoute ici, que chez le père et les enfants, l'hypertrophie de la thyroïde s'est montrée du même côté, a présenté des dimensions variées, après l'âge de 40 ans, chez des sujets non lymphatiques, non scrofuleux, d'un tempérament nervoso-sanguin.

Le froid a été chez tous la cause occasionnelle de la tumeur. Le père habitait la campagne : un jour de forte chaleur, la chemise ouverte, le cou à nu, il recherche le bien-être sous l'influence d'un vent fort et frais ; une certaine sensibilité se fait remarquer au cou et le goître se montre. Ce ne fut qu'après 18 ou 20 mois qu'il céda aux soins de M. le professeur Viguerie, et à l'usage intérieur de la poudre de *Sency*. Son développement s'était fait rapidement sur les deux lobes du corps thyroïde, la tumeur étant primitivement restée à droite quelque temps.

Chez M[lle] de L...., le mal fut presque pris à sa nais-

sance. Occupée par un travail de broderie à tenir compagnie une grande partie de la journée à sa mère infirme., Mlle de L. se tenait près d'une grande croisée exposée aux vents fréquents du Midi. Un jour d'hiver, elle se sentit incommodée par un filet d'air qui passait, entre les dormants de la fenêtre. Elle fut obligée de se garantir à l'aide d'un fichu de laine qu'elle garda plusieurs jours, après lesquels elle jugea opportun de me consulter sur une glande assez volumineuse occupant le côté droit du cou au niveau du larynx Cette tumeur lisse sans altération de couleur à la peau, de forme arrondie, suivait les mouvements de l'appareil vocal : — à part une certaines ensibilité, pas de phénomènes inflammatoires. Le corps thyroïde était réellement le siége de la tuméfaction. Le diagnostic ne fut pas douteux ; le traitement fut assez rapidement efficace. Notre regretté collègue, M. le Dr Gaussail, voyait précisément avec moi, à cette époque, un des supérieurs des Frères atteint d'un goître, dont nous recherchions vainement alors l'origine. Ce religieux était fort, d'un excessif embonpoint, pléthorique ; il suait avec une très grande facilité ; il ne prenait que de l'eau pure et fraîche pour boisson. Nous le traitions avec des doses minimes d'iodure de potassium ; 5 centigr. dilués chaque jour dans 125 gram. d'eau mêlés à l'eau du repas. Nous dûmes renoncer à ce traitement presque homœpathique, si vite nous eûmes à constater des accidents d'intoxication iodique par un rapide et complet amaigrissement. Chez Mlle.de L..., ce mode d'administration de l'iode joint à des frictions sur la tumeur avec une pommade d'iodure de plomb ioduré me réussit très-bien, et dans trois mois le goître disparut.

Chez la sœur de cette demoiselle, veuve d'un médecin distingué de Carcassonne, quatre ans plus tard, un goître se montra aussi, à la sortie d'une soirée d'hiver, après avoir aussi ressenti un refroidissement au cou. Le souvenir du père et de la sœur motivèrent la prompte intervention de mes soins pour une tumeur qui, dans peu de jours, s'était

manifestement dessinée. En deux mois, le traitement mis en usage par la sœur ayant été repris, fut rapidement éfficace.

Huit ans s'étant écoulés, quand leur frère M. de L... fut surpris, comme je viens de vous le dire, par cette tumeur, qui d'emblée ne paraît pas avoir été reconnue pour un goître par d'honorables médecins. S'ils ne furent pas fixés de prime abord sur la nature du mal, s'ils hésitèrent entre un lipome ou un kyste, si l'un d'eux parla d'extirpation ou de ponction, j'ignore ce qui en est réellement; simple narrateur, je reproduis ce qui nous fut raconté à M. Bonamy et à moi, ce qu'une délicatesse professionnelle nous interdisit d'approfondir. Cette tumeur était indolente, ne présentait aucune espèce de fluctuation; elle gênait fort le malade qui s'impatientait de ne pas pouvoir boutonner le col élargi de sa chemise, ni se passer de porter un large cache nez, le moindre abaissement de température le faisant souffrir. On n'apercevait au cou ni battement ni crépitation. Heureux auprès des sœurs, je le fus aussi auprès de lui assez promptement. Les petites doses d'iodure de potassium furent prises journellement sur des tartines de beurre. Je fis faire sur le goître des badigeonnages avec de la teinture d'iode iodurée. Ils furent pratiqués avec une résignation virile. Le malade nous raconta que, pressé de se débarrasser de son mal, sur son cou *pelé*, *comme un vieux soulier*, il appliquait immédiatement chaque jour le remède sans faiblir devant les ardentes cuissons qu'il déterminait.

Son mal ne s'est pas renouvelé, je ne puis pas en dire autant des deux sœurs qui ont été simplement menacées de récidive à un ou deux ans de date; je fis reprendre le traitement durant quelque temps. Bien que je visite ces dames de loin en loin, je n'ai plus rien entendu dire sur ce sujet.

Avant toute réflexion, je crois nécessaire de faire remarquer que, dans cette famille, il existe deux autres frères qui n'ont jamais eu de goître, et que, du côté des autres ascendants paternels ou maternels, il n'existe aucun souve-

nir d'une maladie semblable ; de sorte que d'après les faits dont je viens de vous entretenir, on peut établir : 1° que l'hérédité n'a pas été une cause déterminante du développement morbide de la glande thyroïde chez le père ou les enfants : ceux-ci étant déjà âgés lors de la première manifestation du goître dans la famille ; 2° chez les quatre personnes affectées, l'action d'un froid vif ou prolongé a provoqué l'apparition d'une tumeur de même siége et de même nature. Cette affection n'est donc pas le partage exclusif des vallées humides et resserrées, de l'usage de certaines eaux.

De tout temps, la recherche des causes morbides s'est imposée à la pratique de notre art. Les médications curatives en sont le corollaire. Mais les difficultés que leur étude présente tient à ce que l'effet ne met pas toujours l'agent à découvert. Ce sont des circonstances fortuites qui rendent ordinairement ce problème saisissable, dans le monde extérieur où nous vivons. Puis-je penser que je vous ai apporté quelque preuve sur une question d'étiologie. La science ne paraît pas fixée à cet égard. Le froid, en effet, n'a pas toujours été admis comme cause directe du goître, et je me souviens qu'en 1845 M. le Dr Guyon, dans une note qu'il adressa, au mois de mai, à l'Académie de médecine de Paris, soutenait qu'il ne fallait pas attribuer au froid ou à l'humidité cette maladie qui, d'après lui, n'était due qu'à la privation des rayons solaires. M. Bousingault lui fit une rude opposition. On signala alors le goître épidémique chez des militaires, résultant d'un brusque changement de garnison, le goître aigu, estival développé manifestement sous l'influence d'une boisson très-fraîche et qui n'est pas toujours aussi éphémère qu'on l'a écrit. On peut, à mon avis, laisser la théorie et les faits se contredire sur ces phénomènes primordiaux ; mais on ne doit pas, quand le froid est spontanément accepté comme la genèse d'une foule de maladies, rester en suspens et ne pas reconnaître son cachet de causalité à l'occasion de tumeurs semblables acquises dans des conditions ignorées, inexplicables et qui se pré-

sentent si souvent chez des jeunes filles, des enfants, des jeunes personnes fort effrayées d'être affectées de la sorte. On peut sincèrement les rassurer en leur expliquant l'origine probable de leur mal et l'efficacité probable du traitement.

Par sa position plus accessible à l'influence des basses températures, le corps thyroïde a été rangé parmi les corps vasculaires sanguins sans canal excréteur. S'il sécrète un liquide, il est probablement absorbé dans son intérieur ; et le froid est expérimentalement considéré comme un agent tonique vasculaire. Pourquoi donc une température rapidement différente en saisissant les nerfs ou le muscle vasculaire ne provoquerait-elle pas un acte endysmotique, un engorgement cellulaire de lymphe ou de sang sur un organe de constitution particulière? Les trois faits dont j'ai été l'attentif observateur me confirment dans cette pensée. La cause est indéniable et l'affection non douteuse : sans complication aucune elle s'est développée, et si toujours elle n'a pas acquis un volume considérable, la promptitude du traitement doit bien entrer en ligne de compte, puisqu'il ne s'est pas fait attendre. *Sero medicina paratur*.

Depuis lors, Messieurs, j'ai rencontré dans ma pratique bon nombre de goîtres sporadiques. Je ne les ai pas tous guéris ; je n'ai pas été toujours isolément consulté, et je n'ai pas pu exclusivement m'arrêter à un seul mode de traitement. Permettez moi de vous signaler quelques essais récents d'une méthode curative basée à la fois sur l'action résolutive de l'iode et sur les effets consécutifs du resserrement intime des tissus qu'imprime l'application d'un remède douloureux sur une tumeur quelconque. Combien d'hypertrophies naissantes a fait disparaître l'action compressive du collodion, de combien de tumeurs le feu localement appliqué a obtenu la résolution ! Le collodion iodé que j'ai employé trois fois avec un remarquable succès est d'une action plus lente, plus progressive, mais il ne s'en est pas montré moins efficace. Il y a refoulement du sang par

l'application douloureuse de cetagent et la vitalité intérieure se trouve augmentée. Je ne le propose pas comme méthode générale, puisqu'il en est de plus tolérables avec un égal succès : je me contente de vous faire connaître ce que j'en ai obtenu.

Messieurs, le tableau de vos travaux d'intérieur aura aujourd'hui appelé mon nom pour la dernière fois. Après trente-huit ans, durant lesquels je ne suis pas toujours resté inactif, durant lesquels vos bienveillants suffrages ont excité mon zèle et honoré ma vie, vous avez encore récemment fait accueil à mon désir d'occuper une place de membre libre. Ma gratitude pour vous avait donc à vaincre mon irrésistible attrait pour la sinécure, et par un dernier effort je dois vous adresser un adieu. Pourtant, combien je le trouve insuffisant, peu digne de vous, des importantes études qui vous occupent souvent, de toute l'attention que vous m'avez donnée ! Que votre indulgence veuille bien accueillir mes remercîments, en s'inspirant de l'aimable poète :

Ubi plura nitent in carmine
..... Non offendar maculis.

P.S. Dans le numéro du 10 octobre 1878 de l'*Union Médicale*, M. le Dr Krishaber rapporte une observation de goître développé sous l'influence de grandes quantités d'eau *froide* bue à une source des environs de Rome, où le goître est endémique.

DU TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE AIGUË DES ADULTES

PAR LA DIGITALE ET L'ALCOOL

d'après les observations de M. le médecin principal Alix ;

(Suite et fin) ;

Par M. Albert JOLY,

Médecin aide-major de 2e classe à l'Hôpital miltaire de Toulouse.

Voici maintenant les résultats obtenus :

PNEUMONIE SIMPLE (84 cas).

Côté atteint.

Pneumonies simples à droite.....	30 cas.
Pneumonies simples à gauche...	24 cas.
Cas non spécifiés..............	30 cas.

Moyenne de la température à l'entrée. — Cette température initiale moyenne est de 40°6.

Jour moyen de la chute définitive de la température. — Ce jour moyen est le 5e (exactement, 5,1).

Abaissement minimum moyen de la température. — Cet abaissement minimum moyen est de 36°8.

Jours de traitement exigés, 8, 5.

Pouls à l'entrée (53 cas)..............	105 p.
Respiration à l'entrée (33 cas)..........	38 r.
Pouls au moment de la chute définitive (52 cas).........	69,2
Respiration au moment de la chute définitive (32 cas)....................	29
Pouls minimum moyen (40 obs.).......	67
Respiration minima moyenne (27 cas)....	25

Le nombre de potions alcoolisées a été, sur une moyenne de 15 cas, *de 4 potions de 20 grammes par malade.*

Le nombre de potions de digitale a été, pour 20 cas, *de 2 potions par malade (potions de 1 gramme).*

PAS UN SEUL CAS DE DÉCÈS PAR PNEUMONIE SIMPLE (84 cas).

Moyennes des résultats obtenus.—Tableau d'ensemble.

Moyenne de la température à l'entrée.	Jour moyen de la chute définitive.	Abaissement minimum moyen.	Journées de traitement.	Pouls moyen à l'entrée.	Pouls au moment de la chute définitive.	Pouls minimum moyen.	Respiration à l'entrée.	Respiration au jour de la chute définitive.	Respiration minima moyenne.	Potion d'alcool.	Potion de digitale.
40,6	7,1	36,8	8,5	105 p.	69,2	67	38 r.	29	25	4	2

Examinons maintenant les résultats obtenus :

Les pneumonies observées ont été sérieuses : une température de début de 40°6 est toujours un fait grave ; en tout cas, elle prouve que les tracés n'ont pas été choisis dans le but préconçu de prouver les avantages d'une méthode spéciale, mais qu'ils sont tels que le hasard les a fournis.

Après cinq jours du traitement indiqué, ces pneumonies, parties d'une température de 40°6, sont arrivées à 37°, et la plupart brusquement, sans gradation successive, après être restées jusque-là entre 39 et 40°, un grand nombre étant arrivées jusqu'à 41°. Les tracés que nous joignons à ce travail montrent la régularité de la marche de la pneumonie et en disent plus que toutes les considérations. On ne peut comparer cette régularité qu'à celle des fièvres éruptives, ce qui justifierait l'assimilation qu'on a voulu faire de la pneumonie à un *herpès interne.*

Si l'on examine maintenant la moyenne de l'abaissement minimum, on ne peut nier que la pneumonie ne soit une maladie essentiellement débilitante, puisque, la température normale une fois atteinte, elle descend encore et reste

pendant quelques jours au-dessous de 37°. Notons bien que ce chiffre n'est qu'une moyenne. Dans un grand nombre de cas, la température est descendue à 36° et au-dessous, ce qui justifie pleinement le traitement excitant que préconise M. Alix, préoccupé de préserver l'économie des dangers d'une défervescence si rapide et si considérable. Nous verrons, du reste, que c'est surtout dans la broncho-pneumonie que l'abaissement de température est considérable, et la conviction dans l'efficacité d'un traitement excitant et remontant les forces n'en sera que plus complète.

La pneumonie ainsi traitée, tout danger a disparu en huit jours, quand une complication n'est pas survenue, quand la maladie a été franchement inflammatoire. L'importance de ce résultat, au point de vue du pronostic, ne peut être méconnue, surtout si on le joint à cet autre que, dans tous ces cas de pneumonie simple, aucun décès n'est venu se mettre à l'encontre et norcir le tableau.

D'après les relevés, on voit que le pouls et la respiration ont, en général, suivi la température. Comme cette dernière, le pouls descend ; la respiration ne va guère au-dessous de 25, mais elle s'est élevée jusqu'à 38 r. par minute.

En définitive, succès certain, voilà ce qu'on peut affirmer dans toute pneumonie dégagée de complications, à condition de ne pas contrarier l'évolution de la maladie par des médications intempestives, sur lesquelles je me suis déjà expliqué.

BRONCHO-PNEUMONIE

Les résultats obtenus dans les broncho-pneumonies ne sont pas moins encourageants. En voici le tableau résumé :

(?) Invasion.......	6 jours en moyenne.
(?) Age..........	23 ans.
Température à l'entrée...........	40 degrés.
Jour de la chute définitive.........	5,5
Abaissement minimum...........	35,4

Jours de traitement exigés.... ...	8,2
Pouls à l'entrée................	102
Respiration à l'entrée...........	38
Pouls à la chute...............	65
Pouls minimum.................	61,09
Respiration à la chute...........	24,6
Respiration minimum............	17
Potions alcoolisées (?)............	6
Potions digitalisées (?)............	2,5

1 cas de mort sur 52 broncho-pneumonies. (L'autopsie a démontré l'existence d'un épanchement considérable dans le péricarde, ainsi que d'une endocardite à forme végétante.)

Moyennes des résultats obtenus. — Tableau d'ensemble.

Invasion.	Age.	Température à l'entrée.	Jour de la chute définit.	Abaissement minimum.	Jours de traitement.	Pouls à l'entrée.	Pouls au jour de la chute.	Pouls minimum.	Respiration à l'entrée.	Resp. au jour de la chute.	Respiration minima.	Potions d'alcool.	Potions de digitale.	Décès.
6 j.	23 ans	40°	5,5	35,4	8,2	102 P.	65	61,09	38 R.	24,6	17	6	2,5	1 sur 52 cas

Si nous comparons ces résultats à ceux obtenus dans la pneumonie simple, nous voyons qu'ils sont sensiblement les mêmes pour la plupart. Nous notons cependant les modifications suivantes :

La température de début est moins élevée : 40° au lieu de 40°6.

Le jour de la chute est un peu retardé : 5,5 au lieu de 5,1.

Pour l'abaissement minimum, sur lequel nous insistons tout spécialement, car, encore une fois, il justifie à lui seul le traitement, nous voyons qu'il est de 1°4 inférieur à celui de la pneumonie simple : 35,4 au lieu de 36,8.

La durée du traitement est sensiblement la même, 8,2 au lieu de 8,5. Le pouls à l'entrée est un peu moins élevé, mais il descend plus bas au jour de la chute.

Même dyspnée, mais chute plus grande,

Pour nous, l'abaissement de température plus considérable provoqué par la maladie indique une plus grande gravité ; aussi voyons-nous 1 cas de mort se produire. Il est vrai que la mort a plutôt été due à la complication cardiaque.

En somme, 1,9 % de décès, résultat remarquable, si on le compare à ceux que M. Alix obtenait lui-même par les autres modes de traitement.

Ainsi, d'après une note qu'il a eu l'obligeance de me communiquer, M. Alix obtenait en Algérie les résultats suivants :

Militaires,	50 cas,	6 décès.
Civils,	42 cas,	17 décès.
Indigènes,	18 cas,	9 décès.
	110 cas,	32 décès.

soit 29 % de décès.

Les statistiques les plus favorables par les autres modes de traitement donnaient, en France, à Grisolles, 20 % de morts, et la statistique de l'Hôpital militaire de Toulouse donne une proportion moyenne de 25 % (1).

Il me semble qu'en présence de pareils résultats le doute n'est plus possible sur l'efficacité du traitement. Et ce qu'il importe de noter, c'est qu'on ne peut attribuer à une constitution médicale favorable les résultats obteuus. Les observations recueillies l'ont été en 1874, 1875, 1876 à Lyon, en 1878 à Toulouse. Toujours et partout le même succès.

PLEURO-PNEUMONIE

Nous relevons seulement 4 cas de pleuro-pneumonie. La guérison a eu lieu dans 3 cas. Seulement, le traitement a dû être évidemment bien plus prolongé, la pleurésie étant

(1) La statistique de l'Hôpital militaire de Toulouse dont nous parlons comprend une période de 9 années (1864-1873). Si on retranche de cette statistique le semestre de la guerre, pendant lequel la mortalité pour pneumonie a été de 50 %, on arrive à une moyenne de décès de 12 %.

une des maladies les plus longues à guérir. La moyenne des jours de traitement a été de 32. Mais, chose remarquable et sur laquelle nous voulons insister, c'est que la chute qui existe dans les tracés de pneumonie simple se retrouve très-bien dans la pleuro-pneumonie; elle est à peine un peu retardée; elle a lieu au 8e jour au lieu du 5e. La pneumonie est réellement guérie; c'est la pleurésie qui évolue ensuite avec son interminable tracé, lequel ne mène à une température normale définitive (37°) que le 27e jour. Voici les résultats moyens :

Température à l'entrée	39,7
Première chute	8e jour.
Deuxième chute	27e,5.
Température minima	37°
Journées de traitement	32,5
Pouls à l'entrée	110 p.
Respiration à l'entrée	40 r.

1 cas de mort sur 4 pleuro-pneumonies. C'est ici que l'autopsie démontra l'existence d'adhérences pleurales anciennes, adhérences des plèvres pulmonaires et diaphragmatique, lesquelles ont dû notablement gêner l'expansion pulmonaire et, par suite, prédisposer à l'asphyxie l'individu atteint.

Moyennes des résultats obtenus. — Tableau d'ensemble.

Température à l'entrée.	CHUTES.		Abaissement minim.	Jours de traitement.	Pouls à l'entrée.	Respiration à l'entrée.	DÉCÈS.
	Pneumonie.	Pleurésie.					
39,7	8e j.	27,5	37	32,5	110	40	1 cas de mort.

PNEUMONIE DOUBLE.

La pneumonie double est incontestablement la complication la plus grave parmi celles que nous avons examinées

jusqu'à présent. Le traitement ordinaire a néanmoins réussi dans la grande majorité des cas, puisque, sur dix-huit observations, nous ne notons que un cas de mort.

Dans les cas qui ont guéri, la température à l'entrée a été, en moyenne, moins élevée que dans tout ce qui précède : 39°,5. La chute a été retardée d'un jour comparée à celle de la pneumonie simple ou de la broncho-pneumonie : elle a eu lieu au sixième jour. (Dans le cas où la pneumonie a été double par atteinte du poumon resté d'abord sain, la seconde chute a eu lieu au onzième jour après l'entrée, soit le cinquième jour après la première, ce qui rentre dans les conclusions générales.)

L'abaissement de la température a été moindre : 36°,9.

Le traitement, de huit jours, s'est élevé à 10.

Le pouls a, comme toujours, assez exactement suivi la marche de la température. De 104 au début, il a été, au moment de la chute, de 90, et, au minimum, de 58. De même pour la respiration. De 40 à l'entrée, elle a été de 35 au moment de la chute, et de 33 au minimum. On remarquera l'augmentation de la dyspnée et sa persistance dans cette variété de pneumonie.

Tous ces résultats indiquent bien la gravité plus grande de l'affection, la secousse plus forte imprimée à l'économie, et la plus grande difficulté à revenir à l'état normal.

La quantité d'alcool a dû être également augmentée : six potions au lieu de quatre.

Un cas de mort sur dix-huit. Encore ne peut-il être compté parmi les pneumonies doubles franches, puisque le résultat de l'autopsie est le suivant : Entérite généralisée ; follicules isolés hypertrophiés ; lésions typhoïdes des plaques de Peyer. Aux antécédents, je trouve que ce malade était souffrant depuis longtemps, et n'était pas allé se présenter à la visite. On craignait la mort à son arrivée, et les signes stéthoscopiques étaient tels qu'on croyait à une tuberculisation des deux sommets.

On en peut conclure que la pneumonie double, dégagée

de complications, doit guérir par le mode de traitement indiqué. C'est la complication qui fait la gravité du résultat.

Moyennes des résultats obtenus. — Tableau d'ensemble.

Température à l'entrée.	Jour de la chute.	Abaissement minimum.	Journées de traitement.	Pouls à l'entrée.	Pouls à la chute.	Pouls minimum.	Respiration à l'entrée.	Respiration à la chute.	Respiration minimum.	Décès.
39,5	6e j.	36,9	10 j.	104	90	58	40	35	33	1

Nous voici arrivés à la fin de ce travail. L'enseignement à en retirer nous paraît évident. Nous le formulerons ainsi qu'il suit :

1° La gravité de la pneumonie simple ou double, mais franche, est à peu près nulle, si l'on ne contrarie pas son évolution normale et sa tendance naturelle vers la guérison par une médication intempestive ;

2° Son affinité avec les fièvres éruptives (herpès interne de quelques auteurs) paraît s'affirmer par cette marche si régulière dont les tracés donnent la preuve ;

3° La pneumonie est une maladie essentiellement débilitante, dans laquelle la température descend au-dessous de la normale, plus que dans toute autre maladie inflammatoire. Il en résulte évidemment que l'indication capitale est de combattre cette débilitation et de remonter l'organisme par les excitants, notamment par l'alcool, qui est aussi un aliment d'épargne. Néanmoins, comme la température, par son élévation même, constitue souvent un danger, il importe de le prévenir, non par la saignée, non par le tartre stibié, qui secouent et hyposthénisent le malade, mais par la digitale dont les heureux effets sont irrécusables ;

4° Toute nouvelle cause d'hyperthermie devra être soigneusement évitée au début, et, par suite, il faudra suppri-

mer le vésicatoire qui, par la plaie qu'il produit ou les accidents qu'il entraîne, élève notablement la température;

5° La réplétion pulmonaire exsudative qui, par son abondance, crée un danger permanent devra être évitée avec soin. Par suite, il faudra se garder de donner l'opium qui la favorise. Par suite encore, il faudra s'abstenir de l'emploi du vésicatoire, qui, en immobilisant la poitrine, met obstacle à l'expectoration.

La justesse de ces conclusions trouve une nouvelle confirmation dans la considération des résultats obtenus.

N. B. Si l'on cherche à tirer des diverses moyennes proportionnelles de décès dans chaque catégorie une moyenne générale, on constate un écart notable entre ce résultat et celui que j'ai donné au début. Voici la raison de cette différence :

Bien qu'il y ait eu 188 cas traités, les observations sur lesquelles j'ai pu établir mes chiffres ne sont qu'au nombre de 158. Au point de vue des décès, cette absence de 30 observations est sans importance, puisqu'aucun cas de mort ne les a suivies. Mais leur répartition en pneumonies simples, doubles, broncho et pleuro-pneumonies étant inconnue, je n'ai pu ajouter à chaque catégorie ce qui aurait dû lui revenir. Sûrement, si toutes les observations avaient été conservées, je serais arrivé au même résultat définitif, c'est-à-dire à 1,6 °/₀ de décès (ou 2,1 °/₀ avec la restriction que j'ai faite). Mais, je le répète, cet élément de justification m'ayant manqué, j'ai dû me borner à tirer mes conclusions des observations que j'avais entre les mains.

Comme résultat particulier, il est évident qu'aucune erreur ne s'en est suivie, puisque je n'ai rapporté à chaque catégorie que ce qui lui appartenait. Mais pour la moyenne générale, j'ai dû nécessairement ajouter les 30 cas de succès qui me manquaient.

D'ailleurs, en s'en tenant seulement aux 158 observations, la proportion mortuaire est encore au-dessous de celle donnée par toutes les statistiques connues : soit, 1,9 °/₀.

QUELQUES
CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE ;

Par le docteur GARIPUY.

L'éclampsie puerpérale est précédée de symptômes précurseurs qui manquent rarement. Chaussier a bien dit qu'ils existaient toujours, et que si parfois on n'avait pas pu les constater, c'est qu'ils avaient été de trop courte durée et par conséquent méconnus. Cette opinion est trop absolue, et la plupart des auteurs, et les plus autorisés, reconnaissent que parfois les prodromes de l'éclampsie font défaut. Lorsqu'ils surviennent, quels sont-ils? D'abord il existe une violente céphalalgie. Elle est tantôt frontale, latérale ou générale, et souvent accompagnée d'étourdissements, et de modifications du côté de la vue. Ce qui la caractérise surtout, c'est l'intensité de la douleur. La vue, ai-je dit, est profondément modifiée par instants. Tantôt il existe de la photophobie, tantôt la malade voit sautiller devant ses yeux des multitudes de points noirs qui lui donnent le vertige et la feraient tomber si elle ne se soutenait à un objet placé près d'elle; parfois enfin la vue se trouble complètement; il survient une véritable amaurose.

La région épigastrique est le siège d'une douleur vive et térébrante que Chaussier comparait au clou hystérique. Ce symptôme n'est pas fréquent. Ce qui est moins rare, ce sont les vomissements, l'abattement des membres, une grande agitation intérieure, et une modification marquée du caractère.

Enfin deux signes qui sont presque constants : l'infiltration, soit localisée aux membres inférieurs, soit généralisée et constituant une véritable anasarque.

Dans notre dernier travail nous avions dit que quelques-uns de ces prodromes pouvaient manquer, que tous pouvaient même faire défaut, que l'on voyait néanmoins parfois éclater les accès éclamptiques. Cette année, j'ai pu voir l'inverse. J'ai observé une dame qui avant ses couches a présenté presque tous les prodromes que je viens d'énumérer sans être prise de convulsions. Voici l'observation :

Madame X... est âgée de 22 ou 23 ans. D'une constitution un peu faible, elle jouit cependant d'une santé habituellement bonne. Tempérament nerveux. Régulièrement réglée, elle a vu ses menstrues pour la dernière fois le 27 décembre 1877, et est par conséquent à terme le jour de l'apparition des premières douleurs, le 17 octobre 1878. Je la vois environ un mois avant son accouchement. Je la trouve pâle, anémique, se plaignant de maux d'estomac et de douleurs de tête assez fréquentes. Je soumets Mme X... à un traitement ferrugineux. Ces céphalalgies persistent ; bientôt surviennent des troubles de la vue, des vertiges qui apparaissent surtout au moment où la douleur de tête est plus violente. La malade est irritable et ne demande autour d'elle que le calme et le silence.

L'œdème, d'abord localisé aux membres inférieurs et aux malléoles seulement et disparaissant pendant la nuit, devient persistant et ne tarde pas à se généraliser. La paroi abdominale conserve nettement la trace des doigts qui la compriment, surtout dans la région hypogastrique. La face est bouffie et assez notablement pour que la malade s'en aperçoive elle-même. Elle se trouvait sensiblement engraissée, et cela en peu de temps. Les mains étaient aussi distendues, et il existait une gêne marquée dans les mouvements de flexion des doigts. Comme prodromes de l'éclampsie, il ne me manquait plus qu'un signe, très-important il est vrai, mais qui manque parfois : c'était la présence de l'albumine dans les urines. Or, malgré les examens répétés, faits par moi et le mari, que des études spéciales rendaient aptes à cet examen, nous n'avons pu trouver d'albumine dans les urines. Le dernier jour seulement, un léger nuage apparut, qui vint troubler la limpidité du liquide, mais une goutte d'acide sulfurique le dissipa aussitôt. Ce symptôme manquait; mais les autres existaient très-réels et menaçants. Je consultai le médecin ordinaire de la famille, qui fut d'avis, Mme X... étant manifestement anémique,

de ne pas intervenir par la saignée, et de surveiller ces phénomènes en se tenant prêt à agir par ce moyen si l'orage éclatait. Nous insistâmes sur l'administration des dragées au proto-chlorure de fer.

Le 17 octobre, à 11 heures du matin, les douleurs commencèrent; à 7 heures du soir la poche des eaux se rompait spontanément. La dilatation de l'orifice utérin était complète à 8 heures, et à 10 heures du soir Mme X... mettait au monde, sans incidents d'aucune sorte, une belle petite fille. L'accouchement avait duré 11 heures. Les suites de couches furent bonnes, troublées cependant par une constipation opiniâtre qui détermina des fissures anales et retarda par suite le rétablissement complet.

Je ne veux certes pas conclure de cette seule observation que les prodromes de l'éclampsie ne doivent inspirer aucune crainte au médecin, et que lorsqu'il les constatera chez une femme enceinte, il n'aura pas à redouter les convulsions : ce serait avoir une sécurité fausse et dangereuse. Il y a lieu certainement de se préoccuper de ces symptômes. Il me suffit d'en tirer cette conclusion : c'est que parfois le médecin verra heureusement se dénouer une situation qui paraissait grosse de complications et de dangers pour la femme que dans sa prudence il voyait déjà en proie à ces horribles attaques d'éclampsie.

Nous venons de voir, dans le cas qui fait l'objet de cette première observation, que les accidents que nous constations chez notre malade n'ont pas produit l'éclampsie, malgré les craintes que nous étions en droit d'avoir. Mais dans le cas suivant nos craintes étaient encore plus vives et plus autorisées, car l'éclampsie était parfaitement confirmée, puisque le symptôme principal de cette maladie, les convulsions, avait apparu quelque temps avant l'accouchement, et menaçait de reparaître jusqu'au dernier moment.

Cette deuxième observation concerne la dame X..., primipare, âgée de 36 ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament nerveux et lymphatique. Bien réglée d'habitude, elle a vu ses menstrues pour la dernière fois le 20 novembre 1877, et elle est arrivée à un peu plus de huit mois de grossesse. Prévenu depuis longtemps

que j'aurais à lui donner des soins pendant ses couches, je fus frappé, en venant la voir deux mois auparavant, de l'œdème persistant qui existait déjà aux membres inférieurs et d'un peu de bouffissure de la face. Cependant pas de céphalalgie, ni de troubles de la vue. J'examine les urines le 20 juin et le 18 juillet, et je ne trouve pas trace d'albumine. Cet œdème avait commencé dès le mois d'avril. Je craignais l'éclampsie ; mais, attribuant ces phénomènes à de la chloro-anémie, je prescrivis du fer.

Le 24 juillet au soir, je fus appelé auprès de la malade qui depuis le matin éprouvait une violente névralgie avec vomissements et efforts très pénibles, ainsi que des troubles de la vue (sautillements d'objets devant ses yeux). Je conseillai de la glace et une potion à la morphine. Il était 5 heures du soir. A 7 heures et demie on vint me chercher en toute hâte, la malade, me dit-on, venait d'avoir une forte attaque convulsive. A mon arrivée elle était encore dans le coma qui accompagne l'accès éclamptique. Un liquide sanguinolent s'échappait de ses lèvres, et indiquait qu'elle avait mordu sa langue. Mais la plaie ainsi faite était sans importance. J'étais à peine arrivé (8 heures un quart), qu'une deuxième attaque éclate devant moi, violente et d'assez longue durée. Je pratique immédiatement une saignée qui ne donna guère que 200 grammes de sang, cette petite opération étant rendue difficile par la masse de tissu cellulaire que présentait la malade, masse rendue encore plus forte par la sérosité. L'insuffisance de cette saignée me décida à appliquer 20 sangsues aux malléoles et à donner en même temps 1 gramme de calomel. Les urines recueillies avant les attaques se prenaient presque en totalité dans une éprouvette chauffée à une lampe à alcool.

25 juillet. — Il n'y a pas eu d'autres attaques. La malade a peine à nous voir, tant sa vue est troublée. Son intelligence est nette. Le calomel n'a pas produit de purgations. Régime lacté et eau de Vichy jusqu'au 29. Etat relativement satisfaisant. Néanmoins l'albumine, un instant diminuée, réapparaît en assez grande quantité. Le calomel donné encore le 26 produit peu d'effet sur les intestins et détermine de la stomatite mercurielle, facilement combattue par le chlorate de potasse. Lavement purgatif. Ce jour-là la céphalalgie revient pénible et continue, accompagnée de mouvements convulsifs des yeux. Ces accidents vont en augmentant jusqu'au 1er août, jour où les vomissements reparaissent, où la vue assez bien rétablie se trouble de nouveau, et à tel point qu'elle ne reconnait plus ceux qui l'entourent, si ce

n'est à la voix. La malade regarde, fixe devant elle, et la pensée lui fuit par instants, et par instants aussi ses yeux sont agités de convulsions rapides et assez longtemps répétées.

En présence de ces accidents qui annonçaient l'imminence de nouvelles attaques, je m'empresse d'accepter une consultation avec mes collègues MM. Laforgue et Bonnemaison. Je prescris, en attendant, 55 grammes de citrate de magnésie. A 5 heures, heure de la consultation, je constate un peu de mieux. Mais la gravité de la situation n'échappe à aucun de nous. Prescription: 1 gramme de bromure de potassium, nitrate de potasse dans la tisane, et potages nourrissants. — La sage-femme, de garde auprès de la patiente, a constaté quelques contractions utérines, que la malade ne ressentait pas. A l'examen le col est moins long que les jours précédents, et l'orifice externe légèrement entr'ouvert. Nous espérons que le travail ne tardera pas à commencer.

2 août. — La malade se trouve un peu mieux. Les selles ont été fréquentes jusque vers le matin. Elle vient de prendre sa première cuillerée de solution au bromure de potassium. Les mouvements convulsifs des yeux sont moins fréquents; la vue est plus éclaircie. Quelques contractions utérines, encore non douloureuses.

Enfin, le 3, à 10 heures trois quarts du soir, rupture spontanée des membranes. Quelques instants après, contractions douloureuses qui se continuent fortes et régulières jusqu'à 8 heures et demie du matin, heure à laquelle se termine l'accouchement par la naissance d'un enfant chétif, mais vivant et qui est pour le moment encore bien portant. Les douleurs avaient ainsi duré 10 heures environ avec une énergie soutenue. La malade fut fortement agitée vers les derniers moments, et la tête n'ayant plus à faire que son mouvement d'extension, je crus devoir appliquer le forceps et abréger le plus possible des souffrances qui auraient pu provoquer de nouvelles attaques.

Les suites de couches ont été bonnes.

Ainsi donc, juste au moment où les contractions utérines commencent, où nous avions tout lieu de redouter les convulsions, tout rentre dans le calme. Vous n'ignorez pas qu'en général les accès commencent au début du travail. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Parfois, il est vrai, l'éclampsie ne fait invasion qu'après l'accouchement,

et parfois encore elle éclate pendant le cours de la grossesse pour ne plus revenir. Mais dans ce dernier cas, presque toujours il y a un intervalle qui sépare les attaques de l'accouchement et pendant lequel la femme jouit d'une bonne santé relative.

Or, il est si vrai que l'accouchement a presque toujours une influence funeste sur la marche de l'éclampsie qu'un certain nombre d'auteurs ont proposé et mis en pratique certaines méthodes destinées à débarrasser la matrice le plus vite possible. Eh bien ! dans mon observation, les contractions utérines ont semblé donner le signal de la cessation des accidents, et dissiper tous les doutes que nous avions sur la solution heureuse d'un état si grave et si menaçant. D'où nous conclurons de nouveau, non pas que ces auteurs ont tort de craindre les effets de l'accouchement sur l'éclampsie, mais que cette terrible affection peut encore laisser quelque espoir quand on semble n'avoir plus de raisons pour en conserver encore

---

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE

Séance du 21 mai 1879.

Présidence de M. Janot.

Présents : MM. Janot, J. Naudin, Molinier, Couseran, Faurès, Roque-d'Orbcastel, Armieux, Jougla, Garipuy, d'Auriol, Laforgue, Fontagnères, Terson, Giscaro, *secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

M. Giscaro rend compte de la visite qu'il a faite avec M. J. Naudin à M. Desclaux. Notre collègue a été très sensible au souvenir sympathique de la Société : il a chargé les deux délégués de la remercier en son nom.

La correspondance imprimée comprend, indépendamment des publications habituelles : 1° *Etude pratique sur les dyspepsies*

traitées à l'Hôpital militaire thermal de Vichy, par M. Bintot (renvoyé au rapport de M. Jougla) ; 2° de M. Tachard un travail intitulé : *Kyste dermoïde de la région temporale droite*. Rapporteur, M. Fontagnères.

M. Armieux fait hommage à la Société d'une brochure ayant pour titre : *Toulouse et les phthisiques*.

Lecture a été faite des procès-verbaux des travaux d'intérieur.

A cette occasion, M. Jougla, secrétaire des consultations, demande que la Société fasse l'acquisition de certains objets nécessaires pour le service des consultations.

Cette proposition, appuyée par M. Armieux, donne lieu à un débat auquel prennent part MM. Naudin, Laforgue et Janot. M. J. Naudin demande que, sans préjuger la question, le principe soit renvoyé à une Commission.

Le renvoi est voté à une très-grande majorité : la commission est composée de MM. J. Naudin, Terson et Timbal-Lagrave fils.

Ordre du jour.—M. Laforgue, appelé à payer son tribut académique, lit un travail intitulé : *Pétiole de calladium introduit dans la vessie*.

Une intéressante discussion a suivi cette lecture : MM. Faurès, Jougla, Fontagnères et Armieux y ont pris part.

M. le Président remercie M. Laforgue, au nom de la Société.

M. Fontagnères lit une observation d'imperforation du vagin prise dans son service, sur une femme mariée.

L'heure étant trop avancée, la discussion sur ce fait intéressant est renvoyée à une prochaine séance.

La séance est levée à six heures.

Séance du 2 juin 1879.

Présidence de M. Molinier, vice-président.

Présents : MM. Molinier, d'Auriol, Jougla, Mauri, Faurès, J. Naudin, Garipuy, *secrétaire annuel*.

M. Garipuy est chargé de remplacer M. Giscaro absent.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Les publications périodiques habituelles.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre d'invitation à la pro-

chaine séance publique de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres.

2° M. Giscaro écrit pour prier la Société d'excuser son absence, motivée par le deuil récent dont il a été frappé par la mort si brusque de sa fille, et remercie ses collègues de toutes les vives sympathies qu'ils lui ont manifestées à cette occasion, promettant d'ailleurs de continuer l'exercice de ses fonctions, sauf en ce qui concerne les honneurs funèbres des membres décédés. En quelques mots émus, M. le Président se fait l'interprète des regrets de ses collègues qui ont pris une part considérable à la douleur du Secrétaire général. Il pense que la compagnie accepte avec une entière déférence la détermination annoncée par M. Giscaro.

Les registres des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour : *Primâ mensis.* — Chaque membre expose les divers faits cliniques qui ont paru caractériser la constitution médicale du mois de mai.

Une discussion s'engage à propos des cas de varicelle observés pendant ce mois, quelques membres voyant autre chose qu'une coïncidence dans l'existence simultanée de cette affection et de la variole dans le même milieu.

Tribut académique. — M. Huet absent s'excuse par lettre et demande un renvoi. Accordé.

M. Molinier fait un rapport verbal sur un travail très remarquable adressé à la Société par M. Lucas-Championnière, qui traite de la trépanation. Le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur. La Société vote ces conclusions.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 11 juin 1879.

Présidence de M. MOLINIER, vice-président.

Présents : MM. Molinier, Faurès, Timbal-Lagrave fils, Garipuy, Couseran, d'Auriol, Baillet, Giscaro, *secrétaire général.*

M. Garipuy, secrétaire annuel, lit le procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

La correspondance imprimée a fourni, indépendamment des publications périodiques annuelles : 1° Une brochure in-8°, inti-

tulée : *Observations présentées à MM. les Sénateurs et Députés, au nom des principes et des intérêts de la science, par le corps enseignant de l'Université catholique de Lille, au sujet du projet de loi contre la liberté de l'enseignement supérieur ;*

2° *Journal de littérature médicale, n° 11* ;

3° *Urethrismus or chronic spasmodic stricture*; par F.-N. Otis, méd. New-York, in-8°, 1879.

Lecture a été faite des procès-verbaux des travaux d'intérieur.

L'ordre du jour appelle la lecture du rapport du *primâ mensis*. — Adopté.

M. Batut, désigné par l'inscription au tableau à payer son tribut académique, est absent pour cause de maladie et n'a rien envoyé.

M. Garipuy communique oralement à la Société le fait d'une femme qui, ayant accouché clandestinement, a négligé de lier le cordon ombilical sans qu'il se soit produit d'hémorrhagie. Il fait suivre ce fait de considérations ayant pour objet de démontrer que le défaut de ligature du cordon n'entraîne pas toujours d'accidents graves, ainsi qu'il a été dit dans une précédente séance.

MM. Faurès et Molinier présentent quelques réflexions à ce sujet.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 21 juin 1879.

Présidence de M. JANOT, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, Faurès, d'Auriol, Mauri, Roque-d'Orbcastel, Couseran, Garipuy, Terson, Giscaro, *secrétaire général.*

Procès-verbal de la dernière séance lu et adopté.

La correspondance imprimée ne renferme que les publications périodiques habituelles.

Correspondance manuscrite de M. Guinier, membre correspondant, *Note sur la déglutition et le gargarisme d'après de nouvelles recherches expérimentales, à l'aide du laryngoscope ;* avec une lettre d'envoi demandant l'insertion dans le Journal de la Société.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

M. le Président annonce officiellement à la Société la mort de M. le D[r] Batut, décédé à Paris, le 19 de ce mois. Il invite ses confrères, conformément au règlement, à assister à ses obsèques qui auront lieu demain 22, à 5 heures.

M. Garipuy est désigné pour prendre la parole au nom de la Société sur la tombe de ce collègue.

Ordre du jour. — M. Molinier, appelé à payer son tribut académique, lit un travail ayant pour titre : *Céphalotripsie intra-crânienne ; trépan obstétrical.*

L'auteur raconte qu'ayant été appelé, il y a deux ans, pour terminer l'accouchement d'une femme à bassin très-rétréci, aux douleurs depuis trois jours, et n'ayant pu le faire au moyen du forceps, il s'était décidé à pratiquer la céphalatripsie. Mais n'ayant pas le céphalotribe sous la main, et estimant, d'ailleurs, que là où le petit forceps n'avait pu passer, le céphalotribe de Blot ne s'adapterait pas plus facilement, il imagina d'employer un vilebrequin de menuisier, qu'il introduisit à travers une ouverture faite avec la lame de Mauriceau, dans le crâne du fœtus. Quelques tours de l'instrument lui suffirent pour pénétrer dans l'intérieur du crâne et pour l'extraire avec le crochet mousse, sans qu'il en ait résulté aucune suite fâcheuse pour la mère.

Notre collègue a eu plusieurs fois depuis l'occasion de pratiquer la céphalotripsie intra-crânienne, dans des cas d'étroitesse extrême du bassin, le vilebrequin, véritable trépan obstétrical, ne lui a donné que d'excellents résultats ; aussi le recommande-t-il surtout aux praticiens de campagne qui n'ont pas toujours sous la main un arsenal complet.

Pour rendre cet instrument plus sûr et plus facile à manier, on peut, ainsi que le fait M. Molinier, se servir d'un vilebrequin à roues dentées, auquel on adapte une manivelle, ce qui en permet le libre maniement entre les cuisses de la femme.

M. Molinier termine et complète sa communication par la description des instruments récemment perfectionnés par les accoucheurs, particulièrement ceux de Tarnier et de Hubert, dont il montre les avantages et les inconvénients.

Cette intéressante lecture est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. Garipuy, Mauri et Faurès.

M. le Président remercie M. Molinier au nom de la Société.

La séance est levée à cinq heures et quart.

VARIÉTÉS.

La Commission administrative des Hospices de Toulouse, de concert avec l'administration municipale, a pris l'engagement de fournir à la future Faculté de médecine un nombre de lits suffisant pour alimenter les services des divers enseignements cliniques, et de remplir à cet égard le programme qui lui serait imposé par l'autorité universitaire.

La réalisation de ce programme entraîne une extension considérable de notre hospitalisation et des modifications profondes dans nos hôpitaux actuels. — En outre, des créations nouvelles devront être réalisées, et parmi celles-ci, il en est une qui préoccupe déjà les administrations municipale et hospitalière; c'est la construction d'une nouvelle Maternité. Pour cette fondation tout est à déterminer : le terrain sur lequel s'élèvera l'hôpital nouveau le mode de construction à adopter, le plan d'ensemble; il s'agit donc d'une création de toutes pièces, et le champ est libre pour la recherche et la réalisation des meilleurs principes qui, au point de vue de l'hygiène et de l'économie, doivent s'imposer pour une telle entreprise.

On sait que deux systèmes principaux sont en présence, auxquels on pourrait donner les attributions générales de système ancien et de système nouveau.

L'ancien système comprend les grands hôpitaux, contenant un grand nombre de lits, plusieurs étages superposés, des constructions monumentales, définitives par leur masse et leur solidité, définitives non seulement par leurs côtés matériels, murs et toitures, définitives aussi par leurs dispositions intérieures et leurs aménagements généraux. Il est, en effet, bien difficile sinon impossible de plier ces grandes constructions aux progrès de l'hygiène, difficile aussi de les étendre et de les développer à mesure que s'accroissent les besoins. Ce système a été de tout temps réalisé dans notre pays. Les hôpitaux de Paris, et des grandes villes de province en sont le type le plus complet et le moins recommandable.

Le système nouveau consiste dans l'emploi de constructions légères, baraques ou autres, sans prétention à l'apparence monumentale, d'une

édification facile et peu coûteuse, qu'on peut étendre indéfiniment par l'addition de bâtiments isolés, qu'on pourrait au besoin sacrifier sans compromettre de gros capitaux, qui peuvent encore être déplacés, transportés facilement d'un point à un autre. En un mot, c'est le système par petits hôpitaux ou bâtiments isolés, en opposition avec le système des hôpitaux massifs.

Ces hôpitaux d'un nouveau modèle tendent à se répandre, et les principales villes d'Europe en possèdent chacune un ou plusieurs modèles. Ils ont été surtout employés, et sur une vaste échelle, en Amérique pendant la guerre de sécession.

Le corps médical français est universellement rallié à l'adoption de ce système, et il suffit, pour s'en convaincre, de relire les discussions mémorables auxquelles a donné lieu pendant plusieurs années, dans les différentes assemblées administratives ou médicales, la construction du nouvel Hôtel-Dieu de Paris.

L'Exposition universelle de 1878 possédait un très grand nombre de types répondant tous d'une manière variable à ce besoin nouveau de l'hospitalisation des grandes masses dans des bâtiments multiples, agglomérés et indépendants à la fois, mais contenant chacun un petit nombre de lits, et offrant toutes les conditions prescrites par l'hygiène moderne.

Et puisque les circonstances actuelles sont telles que la ville de Toulouse doit se préoccuper actuellement de l'édification d'une Maternité nouvelle, nous croyons bien faire en recommandant spécialement à l'attention de la Commission administrative des hospices et de l'administration municipale les modèles et plans exposés par M. C. Tollet, ingénieur civil, dont les produits ont reçu la plus haute des récompenses attribuées au matériel des hôpitaux (médaille d'or).

Dans une prochaine chronique, nous ferons connaître les principes généraux et l'économie des plans et méthodes adoptés par le système Tollet; qu'il nous suffise de dire aujourd'hui que ce système s'applique non seulement aux hôpitaux, mais à tous les logements collectifs : casernes, maisons d'école, et qu'il peut être non seulement exécuté dans les constructions nouvelles, mais aussi adapté aux établissements déjà existants.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de juin 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

Les naissances l'ont encore emporté ce mois-ci sur les décès, non pas dans la même proportion, puisque pendant le mois de mai il y a eu 265 nouveau-nés, et que nous n'en comptons en juin que 237. Mais par une agréable compensation, nous n'avons à enregistrer que 223 décès au lieu de 247. L'état sanitaire reste donc relativement bon, grâce aux modifications survennes dans l'état de l'atmosphère, à la température plus douce, plus clémente et plus uniforme que nous a amenée le mois de juin.

Malgré ces modifications favorables à la santé publique, le caractère dominant des maladies régnantes change dans des proportions moins sensibles. Les pneumonies, les bronchites, les affections aiguës et chroniques, tant des voies respiratoires que des voies digestives, continuent à faire des victimes, mais en moins grand nombre.

Plusieurs d'entre vous ont signalé l'existence de bronchites spéciales, à toux quinteuse, nocturne, de longue durée, et rebelles à l'action sédative de l'opium et autres calmants de même nature.

La coqueluche a atteint plusieurs enfants et semble prendre un peu d'extension.

Les affections éruptives, l'urticaire, l'érythème, la rougeole, la scarlatine, l'érysipèle, se sont souvent offertes à votre observation, mais n'ont pas été suivies de mort. Dans deux cas l'érythème noueux a précédé de dix jours l'apparition des oreillons, maladie qui dans d'autres cas a été suivie de métastase sur les organes génitaux.

Vous n'avez signalé aucun cas de variole, et nous constatons avec plaisir que la colonne des décès réservée à cette affection est absolument vide.

Les embarras gastriques, les diarrhées et dyssenteries ont fait leur apparition ; et nous terminerons en répétant ce que nous disions le mois dernier : C'est à ces maladies que nous devons en été la mort de tant d'enfants, par suite de l'hygiène déplorable que l'on suit à leur égard; et redisons encore que l'alimentation précoce est très souvent l'unique cause de la mort des nouveau-nés.

OBSERVATIONS météorologiques et nature des causes
l'Etat civil pendant le

Altitude : 146 m.

DATES.	Pression atmosphérique.	Température de la journée. max	Température de la journée. min	Humidité relative.	Pluie ou neige	Vent.	Variole. H.	Variole. F.	Rougeole. H.	Rougeole. F.	Scarlatine. H.	Scarlatine. F.	Erysipèle. H.	Erysipèle. F.	Fièvre typhoïde H.	Fièvre typhoïde F.	Rhumatisme. H.	Rhumatisme. F.	Diphthérite ou croup. H.	Diphthérite ou croup. F.	Tuberculisation. H.	Tuberculisation. F.	Vieillesse. H.	Vieillesse. F.	Enfants d'un j. à un an
1	750, 5	24	11	69	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.
2	751, 9	26	10	57	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1	1
3	752, 9	26	14	69	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	3	.
4	751, 0	29	13	45	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1
5	745, 0	28	17	57	1	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	1
6	750, 1	27	13	62	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	3	.	.	2	.
7	745, 2	27	16	54	3	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	1	3	1	.
8	746, 5	27	14	58	9	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
9	748, 4	27	13	71	11	SSE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	2	.	.
10	752, 2	27	12	90	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	2	2	.
11	753, 5	28	16	91	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	.	.
12	757, 2	26	17	65	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	.	2
13	759, 4	25	15	47	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	1	1
14	756, 9	28	15	62	.	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	2	2	.
15	754, 1	29	15	53	13	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
16	750, 2	30	13	30	15	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	.	1	.	1
17	748, 5	27	14	45	13,5	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
18	758, 0	22	13	70	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	.
19	752, 1	28	14	62	1,4	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1
20	752, 2	27	17	61	0,5	ESE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.
21	753, 0	30	15	59	0.2	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	2	1	1	1	2
22	754, 5	25	16	51	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	2	2	1	.	2
23	750, 0	29	16	39	,	NE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
24	751, 0	24	16	61	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	1
25	748, 9	25	16	73	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2
26	753, 5	30	14	53	.	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	.
27	753, 5	30	17	69	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	2
28	760, 5	29	17	44	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.
29	753, 2	30	20	57	.	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	1
30	750, 5	32	19	55	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	2	.	1	1
MOYENNES DU MOIS :	752, 5	27	15	59	2		.		.		.		.		3		3		3		41		47		23

Total général des décès......

de DÉCÈS à Toulouse, d'après les déclarations faites à
mois de Juin 1879.

POPULATION ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants.		Hémorrhagie cérébrale.		Paralysies.		MALADIES DE L'APPAREIL														Suites de couches.	Affections chirurgicales		MORTS VIOLENTES				Causes diverses.	
						RESPIRATOIRE						CIRCULATOIRE				DIGESTIF												
						Pleuro pneumonies		Bronchites		Chroniques		Aiguës		Chroniques		Diarrhées, dysenterie.		Cholérine.					Accidentelles.		Volontaires.			
H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
.	.	.	.	1	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	1	1	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1
1	2	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	1	1	1	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.
.	.	1	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.
.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
14		6		9		11		5		8		1		7		5		2		4	4		1		.		26	

Hommes........ 106 }
Femmes .... 94 } 223
Jeunes enfants.. 23 }

Naissances..... { Garçons........ 131 / Filles.......... 106 } 237

Mort-nés ...... { Garçons........ 7 / Filles .... 11 } 18

CHRONIQUE.

Nous sommes heureux d'annoncer la promotion au rang d'officier dans la Légion d'honneur, de M. le Docteur Armieux, médecin principal de 1re classe, chirurgien en chef dé l'Hôpital militaire de Toulouse et membre de notre Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Cette distinction accordée à notre collègue n'est que la juste récompense de longs et importants services, elle est un honneur pour lui et aussi un honneur pour notre Société, dont M. le Docteur Armieux est un des membres les plus assidus est les plus actifs.

— Les journaux politiques de la présente semaine nous ont annoncé le dépôt sur le bureau de la Chambre du projet d'emprunt à contracter par la ville de Toulouse ; comme l'adoption par la Chambre ne saurait être ni douteuse ni tardive, nous pouvons considérer comme près de se réaliser les vastes projets d'agrandissement ou de création de nos grands établissements universitaires, et particulièrement de notre faculté de médecine.

Le Secrétaire du Comité de publication,

CAUBET.

Toulouse. — impr. DOULADOURE.

Août 1879. XIIIe année. N° 8

REVUE MÉDICALE
DE TOULOUSE.

RELATION DE DEUX PETITES ÉPIDÉMIES

(ROUGEOLES ET OREILLONS)

Ayant sévi sur le 4e bataillon du 65e de ligne en garnison à Périgueux, pendant l'hiver de 1875 à 1876 ;

Par M. le docteur MONTANÉ, médecin aide-major.

INTRODUCTION.

De temps en temps, de petites épidémies se manifestent dans les régiments, les unes graves, les autres bénignes. Quel que soit leur caractère, malin ou bénin, leur étude attentive présente toujours de l'intérêt. Lorsque l'épidémie frappe mortellement une grande partie des hommes atteints, on est peut-être plus vivement impressionné par la marche fatale du fléau, et l'intérêt est excité par l'importance du mal Cependant, quand l'épidémie est bénigne, on doit aussi surveiller sa marche ; et cette étude, libre de grandes préoccupations, apporte le plus souvent avec elle la révélation de certains points intéressants.

Deux petites épidémies bénignes, sans mortalité, ont sévi sur le 4e bataillon du 63e de ligne : la rougeole et les oreillons. Nous allons étudier leur début, leur marche, leur terminaison, et cette relation nous permettra d'établir des conclusions qui nous ont paru dignes d'intérêt.

MALADIES SPÉCIFIQUES.

Rougeole. — Pendant les mois de mai, juin, juillet 1875, une petite épidémie de rougeole bénigne avait sévi à la caserne de la Cité, occupée par le 4e bataillon du 63e, et la disparition de cette fièvre éruptive avait coïncidé avec le départ de la deuxième portion du contingent. En effet, c'est au commencement de juillet, époque du renvoi de ces jeunes gens, que les deux derniers rubéoleux étaient envoyés à l'hôpital.

Au mois de septembre, les réservistes encombrent la caserne; la diarrhée frappe un grand nombre d'hommes, la dysenterie commence à sévir, il y a un mort. Les réservistes partent, et cette évacuation réglementaire après 28 jours arrête le mal qui déjà menaçait.

Les réservistes ont donc, en passant, été frappés de dysenterie et non de rougeole, la saison étant favorable à la première épidémie et beaucoup moins à la seconde. Nous arrivons ainsi au mois de novembre, et alors nouvelle agglomération d'hommes de la première et de la deuxième portion du contingent.

Les chambres sont donc remplies, mais le temps est beau, la saison favorable, les jeunes soldats sortent souvent, et, si le nombre des malades augmente, il reste en parfaite correspondance avec le chiffre plus élevé du contingent.

Le mois de décembre apporte le froid et l'humidité; les soldats restent confinés dans leurs salles et on arrive ainsi au 18. Le 18 décembre nous sommes appelé le soir, d'urgence, auprès du nommé Barnet (Antoine), 1re compagnie, 4e bataillon, occupant la salle 72 du bâtiment D.

Cet homme ne s'était pas présenté à la visite du matin, n'étant malade, disait-il, que depuis 10 heures. Violent point de côté, dyspnée considérable, fièvre intense, râles

sibilants des deux côtés de la poitrine. Envoi d'urgence à l'hôpital avec diagnostic : « bronchite capillaire. »

Le 20, à 4 heures du soir, le nommé Faucher (Guillaume), voisin de lit du précédent, présente les mêmes signes : le même diagnostic est établi. Envoi d'urgence à l'hôpital.

Dans cet établissement, nous avons étudié la marche de cette affection pulmonaire. L'orthopnée, la cyanose, les râles sous-crépitants étendus dans les deux poumons, la fièvre continuellement intense, nous ont confirmé dans la vérité du diagnostic premier : catarrhe suffocant.

Chez l'un et chez l'autre, après 8 jours, l'asphyxie, lente et progressive, menaçait d'arrêter la vie ; la face était bleuâtre, les extrémités froides, la dyspnée de plus en plus considérable ; enfin, l'agonie commençait ; la mort était proche. L'étonnement fut grand, quand un matin, ne croyant plus les trouver dans la salle, je constatai un état général meilleur. Les examinant, je vis une éruption discrète rubéoleuse parfaitement caractérisée et limitée à la poitrine et au cou des deux malades. Nous ne pouvons considérer cette éruption que comme une crise favorable, puisque, à partir de ce moment, ces hommes voués à la mort revinrent lentement et progressivement à la vie.

Le doute n'était pas permis au sujet du diagnostic ; dans cette circonstance, nous avions affaire à la bronchite capillaire, axphyxique, rubéoleuse, et ces deux cas nous prouvaient la vérité de ces paroles de M. le médecin-inspecteur Periez, inscrites à la page 395 du *Traité des épidémies*, de Lavezan : « Si la rougeole complique le catarrhe, au moment où l'exanthème paraît, les accidents fébriles semblent parfois se calmer. »

Sans nouveau cas de bronchite capillaire, n'ayant à constater qu'un chiffre plus élevé d'angines simples et de bronchites de même nature, sans spécificité, en rapport seulement avec la saison froide et humide, nous atteignons le 18 janvier.

A cette époque, le nommé Peuch, voisin de lit des deux

bronchites capillaires précédentes, est atteint d'angine simple et, le 18, cet homme, revenant à la visite, est porteur d'une tumeur parotidienne : ce sont les oreillons. La fièvre était vive, je craignais une métastase, et je revins le soir à l'infirmerie. Fièvre toujours intense, enrouement, toux fréquente, sèche, quinteuse, sibilances dans la poitrine, yeux larmoyants, écoulement séreux par les narines. Envoi d'urgence à l'hôpital avec diagnostic : oreillons, rougeole.

Tel est le premier cas de rougeole franche coexistant avec des oreillons survenus le vingt-cinquième jour après l'invasion des deux bronchites capillaires rubéoleuses. A partir de ce moment la rougeole frappe les hommes des différentes chambrées.

Connaissant le foyer du mal, nous avertissons l'autorité militaire et M. le général de la 47e brigade se transporte sur les lieux. Voici les mesures hygiéniques prises et exécutées le 5 février.

1° La salle 72 sera évacuée ;

2° Les planchers et les murs seront lavés avec une solution de chlorure de chaux.

3° Le poêle de la chambre 72 sera allumé pendant quelques heures et les fenêtres devront rester ouvertes pendant 15 jours ;

4° Des vases contenant du chlorure de chaux seront placés, non seulement dans la chambre 72, mais encore dans les salles des deux pavillons, occupés par le 4e bataillon ;

5° Les chambres, les escaliers, les couloirs, seront immédiatement blanchis à la chaux ;

6° Une sentinelle sera placée entre les deux pavillons pour empêcher des dépôts de toute sorte en cet endroit, comme cela avait lieu précédemment.

Ces conseils ont été fidèlement exécutés et la courbe de la rougeole du tableau *A* indique suffisamment et sans explications autres de notre part la marche de la maladie, son

arrêt à peu près subit, en tenant compte toutefois de l'incubation chez des hommes déjà atteints.

En résumé :

1° Début d'une épidémie de rougeole dans un foyer parfaitement net, circonscrit et par deux cas, non de rougeole franche, mais de bronchite capillaire asphyxique chez deux voisins de lit ;

2° Arrêt de l'état très grave des deux bronchites capillaires, au moment de l'apparition de quelques taches rubéoleuses discrètes sur des parties limitées du corps (cou et partie supérieure du thorax) ;

3° Reprise de la rougeole normale avec coexistence d'oreillons après 25 jours ; dans la même chambre et chez un voisin de lit des deux premiers ;

4° Dispersion commençante de la rougeole et arrêt de cette fièvre éruptive par suite des mesures hygiéniques, prises et exécutées ;

5° Localisation de la rougeole à la caserne de la Cité ; immunité absolue pour le dépôt, caserné à l'ancienne Préfecture ;

6° Un cas de contagion se produisant à l'infirmerie chez le nommé Sautel (Jean), appartenant au dépôt, et qui était à l'infirmerie, étant atteint d'une entorse au génou.

(Au début, deux hommes atteints de rougeole, et cependant n'ayant pas encore l'éruption caractéristique, avaient séjourné dans l'infirmerie ; les autres ensuite furent envoyés directement à l'hôpital.)

7° Prédisposition marquée, à contracter cette affection, des jeunes soldats ayant moins d'un an de service. (Voir le tableau *C*).

Oreillons. — La petite épidémie d'oreillons commence en même temps, le même jour, chez le même homme, que la rougeole. Sa marche est à peu près parallèle à celle de cette dernière maladie spécifique. Elle a son foyer primitif dans la même salle ; aussi, étions-nous portés à croire que les

mesures hygiéniques adressées principalement à la rougeole envahissante auraient aussi une influence marquée sur l'épidémie parotidienne. Il n'en a rien été.

Le 16 février, la rougeole cessait pour toujours et à ce moment le nombre des oreillons s'élevait. Ainsi, le 22, dans la même journée, quatre cas se présentaient à nous. Les oreillons sont-ils plus contagieux que la rougeole, et la dispersion des hommes de la salle 72 dans les autres salles a-t-elle généralisé cette épidémie? En regardant ce tableau A nous serions portés à le croire.

En effet, c'est du 16 au 29 que les cas d'oreillons sont le plus nombreux, et le 28 et le 29, après 23 cas d'oreillons, nous constatons l'apparition de l'orchite métastique. Un léger mouvement fébrile a précédé le gonflement de la glande testiculaire.

Un seul testicule chez chacun de ces hommes a été pris, et ayant eu l'occasion depuis lors, à plusieurs reprises, de toucher ces glandes, nous les avons trouvées chaque fois molles et diminuées de volume. On dirait qu'il existe une marche très lente mais progressive vers une atrophie que nous ne croyons pas encore, après 6 mois, arrivée à son terme définitif. C'est à partir du 29 que les cas d'oreillons deviennent beaucoup moins nombreux, apparaissant à des intervalles éloignés, et enfin, avec le 16 avril, se termine la petite épidémie, sans nouveaux cas de métastase. Nous devons faire remarquer que huit cas d'oreillons se sont manifestés à la suite d'angine et de stomatite, et ces cas correspondent aux, 21, 22 et au 25 février. Pour tous les autres cas, nous n'avons pas constaté d'inflammation primitive de la muqueuse de la bouche et du voile du palais. Nous avons gardé nos cas d'oreillons à l'infirmerie, tandis que les rougeoles, à part les deux premiers cas, ont été envoyés d'urgence à l'hôpital. Les oreillons, comme la rougeole, n'ont sévi que sur le 4e bataillon, et ont frappé en très grande majorité des hommes ayant moins d'un an de service.

Comme cela existe presque toujours pour les oreillons,

la petite épidémie actuelle s'est montrée complétement bénigne (à part les deux atrophies testiculaires.) Jamais, le gonflement du testicule n'a commencé ; c'est toujours une parotide qui s'est gonflée en premier lieu, et indifféremment celle de droite ou celle de gauche.

En résumé :

1° Oreillons commençant en même temps que la rougeole ;

2° Oreillons persistant, s'accroissant même, à la suite de mesures hygiéniques, éteignant la rougeole.

3° Sur 34 cas d'oreillons, 2 cas d'orchite métastatique, et ces 2 cas amenant une atrophie très lentement progressive du seul testicule atteint.

4° 8 cas d'oreillons précédés de l'inflammatton évidente de la bouche et du voile du palais.

5° Extinction lente avec des intervalles de plus en plus grands de la petite épidémie d'oreillons.

6° Prédominance très grande du nombre de malades atteints ayant moins d'un an de service.

7° Localisation de l'épidémie à la Cité.

AFFECTIONS SAISONNIÈRES.

Angine, *Laryngite*, *Trachéite*. *Bronchite*. — La rougeole et les oreillons sont les deux petites épidémies qui ont régné du mois de décembre au mois d'avril, c'est-à-dire pendant la période de la saison froide et humide. Les angines et les inflammations des voies respiratoires sont les maladies saisonnières correspondant à ce refroidissement et à cette humidité. Les angines ont été aussi nombreuses que les diverses affections réunies des voies respiratoires, telles que laryngite, trachéite, bronchite. Les mois de décembre et de janvier présentent quelques cas d'angine simple inflammatoires et des autres inflammations des voies respiratoires : au moment de la rougeole et des oreillons, les affections

saisonnières, qui s'élevaient peu à peu, gardent un silence relatif, et nous arrivons ainsi à la fin de février. La rougeole n'existait plus ; les oreillons, quoique existant encore, ne se montraient que peu nombreux et à des intervalles peu éloignés, et c'est à ce moment que les cas d'angine deviennent de plus en plus nombreux et que la courbe de cette maladie arrive à une hauteur qu'elle n'avait pas encore atteinte. La laryngite, la trachéite et la bronchite imitent l'angine dans sa progresion successive. Il nous semble que cette poussée des affections saisonnières aurait dû être une cause provocatrice de cas plus nombreux de rougeole et d'oreillons, si le germe spécifique de la rougeole n'eût été absolument éteint et si celui des oreillons n'eût été considérablement atténué.

Ces maladies saisonnières ont frappé indifféremment et à peu près également les hommes de l'ancienne Préfecture et de la Cité ; mais elles ont atteint en plus grand nombre, les uns et les autres, les jeunes soldats, c'est-à-dire ceux ayant moins d'un an de service.

En résumé :

1° La rougeole avait cessé, les oreillons avaient considérablement diminué, lorsque les maladies saisonnières ont pris un essor remarquable ;

2° Les cas d'angine simple inflammatoire ont été à peu près aussi nombreux que les affections réunies des voies respiratoires (laryngite, trachéite, bronchite) ;

3° Les deux casernes ont subi également l'influence saisonnière.

4° Les hommes ayant moins d'un an de service ont eu plus à souffrir de l'action de la saison que ceux ayant plus d'un an.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

1° Une petite épidémie de rougeole a eu comme avant-coureur deux cas de bronchite capillaire spécifiques, et ces

deux bronchites ont présenté comme caractère important l'arrêt de symptômes alarmants lors de l'apparition de quelques taches rubéoleuses discrètes ;

2° Cette petite épidémie s'est terminée après l'évacuation du foyer générateur et des mesures hygiéniques générales ;

3° Les oreillons ont pris un nouvel accroissement au moment même de la cessation de la rougeole, puis les cas sont devenus successivement de moins en moins nombreux et le dernier correspond au 17 avril ;

4° Les oreillons n'ont présenté que deux cas d'orchite métastatique avec atrophie consécutive du testicule atteint ;

5° Les maladies saisonnières se sont montrées à l'état pour ainsi dire épidémique, lorsque la fièvre éruptive s'est éteinte et lorsque les oreillons sont devenus moins fréquents ;

6° La rougeole et les oreillons n'ont atteint que la Cité, tandis que les maladies saisonnières se sont montrées dans les deux casernes ;

7° Les unes et les autres (les spécifiques et les saisonnières) ont toujours frappé de préférence les hommes ayant moins d'un an de service

---

DE LA RECHERCHE DU MERCURE DANS LES URINES.

Par M. Albert TIMBAL-LAGRAVE.

CHAPITRE Ier.

Le mercure, par sa grande activité comme par son incontestable efficacité, est assurément l'un des agents les plus employés dans l'art de guérir. Aussi les diverses combinaisons dans lesquelles entre ce métal ont-elles été l'objet

de vives discussions, tant en ce qui concerne leur mode d'administration que pour ce qui regarde leurs effets.

Les anciens médecins qui usaient déjà beaucoup des préparations mercurielles se sont contentés de faire des remarques sur les doses à employer pour prévenir des intoxications; ils ne se sont pas préoccupés des symptômes et des lésions que le mercure pouvait produire en traversant l'organisme dans des cas d'empoisonnement aigu ou d'intoxication lente, soit professionnelle, soit par l'abus ou l'absorption à trop hautes doses de préparations mercurielles. Quant aux transformations des composés mercuriels dans l'organisme, quelques auteurs osent seuls, mais très timidement, avancer quelques effets extraordinaires produits par le calomel ou tout autre composé mercuriel, sans entrer franchement dans la question. Ils ne reconnaissent l'action du mercure que sur le tissu osseux, sur les glandes salivaires et ne parlent pas des reins ni, par suite, des urines. D'autres disent que le mercure pénètre et se fait jour partout; il peut même, dit Brassavole, « étant appliqué en frictions, pénétrer dans l'organisme par des voies inconnues. »

Gabriel Fallope, après lui, parle seulement de la salivation mercurielle et nullement du passage du mercure dans l'appareil génito urinaire.

Paracelse, en 1528, écrit sur l'application du mercure aux usages externes et internes et ne signale ni accidents ni inconvénients à la suite de son usage.

En 1623, Planis Campi reprend tous les travaux antérieurs et déclare que le mercure possède de 25 à 30 combinaisons avec des métaux, des acides et diverses substances; qu'il guérit beaucoup de maladies et ne parle d'aucun des inconvénients qui accompagnent l'administration du métal. Ce n'est qu'en 1676 que Richard Wiseman signale quelques effets toxiques du mercure. Les travaux de cet auteur furent repris à la fin du dix-septième et au commencement du dix-huitième siècles, par plusieurs

médecins, entre autres par Friccius, Bonnet, Boerhaave, qui déclarèrent que, malgré les effets décrits par Wiseman, les préparations mercurielles constituaient le remède le plus actif pour combattre les maladies syphilitiques. Ces auteurs ne parlent ni des accidents produits, ni de la présence du mercure dans telles ou telles sécrétions, ni des transformations qu'il peut subir dans l'organisme.

Après ces auteurs, en 1760, viennent Van-Swieten et Ribeiro Sanchez, qui préconisent le sublimé corrosif en demandant aux médecins la plus grande prudence dans l'emploi de cette substance, sans donner aucune explication physiologique ou chimique des faits qu'ils avaient pu observer.

En 1809, Cullerier et Bard préconisent de nouveau les préparations mercurielles en condamnant le mercure introduit par la peau, frictions ou bains

Ces auteurs décrivent avec soin tous les accidents produits par les sels de mercure et le mercure lui-même; ils cherchent ensuite des moyens d'enrayer ces effets toxiques. M. Cullerier cite divers auteurs qui nient la présence du mercure dans les matières fécales et dans les urines, parle de la présence du mercure dans le tissu osseux et ne dit pas un mot des transformations qu'il subit. L'étude de cette question subit, après Cullerier, un longs temps d'arrêt.

En 1825, la Faculté de médecine d'Heidelberg mettait au concours la question suivante : « Des substances susceptibles de passer dans les urines. » Le prix fut décerné à Vehler. Or, les substances signalées par cet auteur sont le cyanure jaune de potassium et de fer, les malates, tartrate, acétate de potasse à l'état de carbonate, l'hydrosulfate de potasse transformé en sulfate. Dans ce travail, il n'est pas question du fer, du plomb, de l'arsenic, du cuivre, de l'argent et du *mercure*.

Kramer, de Milan, reprenant les travaux de Vehler, ajoute quelques corps à la nomenclature faite par ce dernier et cite en tête le *sulfure de mercure*. Kramer ajoute : « L'an-

» timoine a été retrouvé dans l'urine huit ou dix jours » après la cessation du traitement avec les préparations » antimoniales ; il en est de même pour le mercure. »

Orfila, en 1839, vint confirmer les expériences de Kramer; il affirma de nouveau que le plomb, le *mercure*, etc., passent dans les urines qui constituent la principale voie d'élimination.

Pereira rechercha, lui aussi, le mercure, et parvint à l'isoler non seulement dans les urines, mais encore dans la sueur et la salive.

En 1840 (*Annal. chim. et de phys.*), Melsens signale les mêmes faits et indique l'iodure de potassium comme le médicament le plus utile pour accélérer l'élimination des sels de mercure par les urines.

Enfin, M. Orfila neveu, dans une thèse très remarquée et dont nous aurons à reparler dans le courant de ce travail, trouve le mercure dans les urines et donne une méthode pour le déceler. A partir de ce moment, tous les auteurs de traités de chimie biologique ou d'ouvrages spéciaux sur les urines signalent la présence du mercure dans les sécrétions; nous citerons particulièrement les travaux de MM. Mialhe, Beale, Méhu, Neubauer et Vogel, Wurtz, Tardieu, etc. Aujourd'hui, les procédés qui seront décrits plus loin nous permettent de déceler des milligrammes de mercure dans les urines. Il nous reste à savoir combien l'économie animale met de temps à opérer l'élimination du métal. L'emploi si fréquent en thérapeutique des préparations mercurielles indique assez l'importance de ces recherches. Nous aurions désiré faire des expériences avec tous les composés mercuriels ; malheureusement, les sujets font le plus souvent défaut et plusieurs expériences commencées dans d'excellentes conditions sont restées sans résultat. Mais avant de parler de nos recherches personnelles, il importe d'analyser rapidement les dires des différents auteurs modernes sur cette importante question. M. Mialhe, qui a si bien étudié les transformations des composés mer-

curiels dans l'organisme, ne parle pas de la plus ou moins grande rapidité d'élimination de ces composés. Après lui, M. Orfila a consacré dans sa thèse un chapitre entier à cette étude. L'auteur se sert d'une préparation initiale dont voici la formule :

Ext. de Gaïac..........	2 gr.
Ext. thébaïque.........	0,50 centig.
Proto-iodure de mercure..	2 gr.

Pour 40 pilules.

Voici les résultats très curieux qu'il a obtenus :

Expérience 1. — Une femme suit le traitement mercuriel à une pilule par jour, depuis le 8 janvier jusqu'au 13 février, et à deux pilules, depuis le 13 février jusqu'au 9 mars. L'urine rendue les 11, 12 et 13 mars est réunie pour l'analyse, elle contient du mercure. L'urine rendue les 13, 14, 15, 16, 17, 18, fournit également du mercure.

Expérience 2. — Une femme prend tous les jours une pilule depuis le 23 janvier jusqu'au 10 mars. L'urine est recueillie les 11, 12, 13, 14 et 15; elle contient du mercure ; il en est de même de l'urine que la malade rend les 15, 16, 17, 18.

Les autres expériences donnent, en partie, les mêmes résultats ; les suivantes méritent d'être signalées :

Expérience 4. — L'urine rendue les 12 et 13 mai par un malade dont le traitement, commencé le 16 avril, a été suspendu le 26, ne fournit pas de mercure à l'analyse.

Expérience 5. — M. Orfila n'a pas trouvé, non plus, de mercure dans l'urine rendue les 15 et 16 mai par un malade qui avait fait usage de la médication mercurielle depuis le 24 avril jusqu'au 6 mai.

De l'ensemble de ses recherches, M. Orfila conclut :

— Les reins sont principalement les organes éliminateurs du mercure.

— Sans pouvoir préciser le temps du séjour du mercure

dans nos organes, M. Orfila se croit autorisé à dire qu'il est complètement expulsé au bout d'un mois.

— Le mercure se trouve encore dans l'urine cinq ou six jours après que son introduction par l'estomac a cessé.

— La dose de mercure ingérée paraît influer sur l'élimination ; cet auteur l'a trouvé, une fois, dix-huit jours après la dernière prise, quand l'animal avait absorbé 0,69 de sublimé, tandis qu'il n'avait pu être décelé dans les mêmes circonstances, l'animal ayant pris de 0,30 à 0,38 centigrammes.

Quelque temps avant, M. Colson prétendait que la principale voie d'élimination du mercure était la membrane muqueuse stomaco-pharyngienne. Dans le même travail, M. Colson croit que le mercure absorbé peut séjourner à peu près douze ans dans nos organes.

M. Orfila combat les théories de Colson et déclare qu'en répétant exactement les expériences de cet auteur il lui a été impossible de trouver des traces de mercure non seulement dans les matières vomies, mais encore dans les dissolutions mercurielles

Après lui, M. Melsens constate que l'élimination spontanée des sels de mercure est presque nulle, que, pour obtenir ce résultat, il faut soumettre le sujet à un traitement par l'iodure de potassium qui forme avec le métal un iodure double soluble qui est alors éliminé par les reins. M. Melsens cite plusieurs exemples à l'appui de sa théorie, entre autres celui d'un vieillard qui avait été doreur et qui perdit l'usage de ses membres par cause professionnelle ; l'iodure de potassium fut administré chaque jour à la dose de 4 grammes ; au bout de quinze jours de ce traitement, le malade marcha seul et put quitter l'infirmerie. L'exemple le plus curieux que M. Melsens cite encore à l'appui de sa théorie est celni d'un ouvrier étameur pris d'un tremblement qui le gênait beaucoup dans son travail ; les membres étaient d'une faiblesse excessive, parfois les objets lui échappaient des mains ; sa marche même était mal assurée. Il fut

assez malade pour garder le lit et, bien que soulagé, resta faible jusqu'au moment où il suivit le traitement par l'iodure de potassium ; ce qui prouvait, d'après l'auteur, que le mercure ne devait pas être encore éliminé. Du 21 mars au 7 mai, cet ouvrier prenait 50 grammes d'iodure de potassium ; pendant tout ce temps, il continue de travailler. Le 7 mai, les tremblements sont presque nuls. Le 22 juin et jours suivants, il prend 100 grammes d'iodure de potassium ; à l'expiration du traitement, le 3 septembre, il va beaucoup mieux, et la guérison se produit ainsi peu à peu sans que le malade interrompe son travail. M. Melsens examine l'urine du malade au commencement du traitement ; la première fois, l'urine était alcaline ; la seconde, l'urine contenait du mercure en quantités reconnaissables, et ainsi de suite. Il lui fut facile de vérifier l'amalgamation et de reconnaître qu'il avait affaire à de l'iodure de mercure. M. Fonssagrives (*Dict. encycl. des Sc. médicales*, art. Mercure) admet que la plus ou moins grande facilité d'élimination du mercure dépend de la susceptibilité individuelle ; on trouve, par conséquent, plus ou moins de mercure dans les urines ; d'après cet auteur, le mercure n'est pas entièrement éliminé, et, dans le cas où l'économie a subi une espèce de saturation, le mercure peut, dans certains points, se dégager de ses combinaisons et reprendre son aspect métallique. C'est la *revivification* du mercure dans l'organisme, question que nous traiterons au chapitre II.

M. Beale partage la manière de voir de M. Fonssagrives pour ce qui est de l'influence de réceptivité particulière ; il fixe cependant à quinze jours environ l'élimination complète du mercure par les urines.

Neubauer et Vogel, eux, ne fixent point de délai, mais affirment qu'après un certain temps le mercure s'élimine par les urines. Ces auteurs ajoutent que les expériences faites par M. Schneider ne sont pas favorables à la théorie de M. Melsens et que, dans trois cas où le malade prit de l'iodure de potassium immédiatement après le traitement

par le sublimé corrosif, on ne vit pas une amélioration sensible dans le mouvement d'élimination du mercure par les urines. MM. Wurtz, Mehu, etc., etc., parlent de la présence du mercure dans les urines sans attaquer la question de la plus ou moins grande facilité d'élimination par cette sécrétion. Tel était l'état de la science quand nous avons entrepris nos recherches. Il est indéniable, comme le dit M. Fonssagrives, que, suivant la diathèse du sujet, l'élimination du mercure est plus ou moins facile, mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que le mercure, fût-il ingéré à l'état métallique, s'élimine par les urines. Un malade que nous avons observé, traité par les pilules de Sedillot, en fait foi. Nos expériences ont été faites en plein traitement, au moment où le malade avait le plus de mercure dans l'économie Les mêmes investigations, répétées un mois et quelques jours après la fin du traitement, ne nous ont pas permis, malgré l'énorme quantité d'urine employée, de retrouver les traces de mercure.

Ce fait semble donner raison aux conclusions posées par M. Orfila ; le suivant nous prouvera que M. Beale, en fixant le délal d'élimination complète de 15 à 18 jours, est plus dans le vrai. Dans le cas que nous allons citer, le malade a pris du sirop de Boutigny (25 centigrammes de bi-iodure de mercure, 12 grammes d'iodure de potassium pour 600 grammes de sirop) le 1er septembre. Le 26 septembre, j'examine les urines du malade, j'y trouve le mercure par l'électrolyse dans 5 litres d'urine; le même jour, le malade commence un traitement par l'iodure de potassium (16 grammes d'iodure pour 500 grammes d'eau distillée). Il continue ce traitement jusqu'au 10 octobre. Le 9, j'examine les urines, impossible de déceler du mercure par les moyens les plus sensibles. La guérison ne marchant pas assez rapidement, le médecin prescrit de nouveau au malade le sirop de Boutigny le 11 octobre ; le 19, j'examine les urines ; le mercure vient amalgamer la lame d'or de la pile. Le malade se trouvant bien mieux, le médecin revient au traitement

par l'iodure de potassium le 25 novembre. *Le 9 décembre,* il n'y avait plus de trace de mercure dans les urines.

Le fait que nous venons de citer est caractéristique, il semblerait donner amplement raison à la théorie de M. Melsens. Il nous a été donné d'observer un cas qui nous a clairement montré que le mercure seul peut s'éliminer dans 15 ou 18 jours, surtout si la constitution du malade est dans des conditions normales Le malade suit son traitement par le bi-chlorure (liqueur de Van-Swietten), nous analysons les urines, elles contiennent du mercure. Le malade cesse son traitement et se contente de prendre tous les matins de la tisane de salsepareille. Après 18 jours, les urines ne contiennent que des traces à peine sensibles du métal. Un mois après, il fut impossible d'en trouver la moindre trace. Il aurait été bon de voir s'il en était de même pour les autres sécrétions; malheureusement, le sujet, se croyant guéri, n'est revenu ni chez le médecin ni dans notre officine.

Ainsi la théorie de Melsens n'est pas absolue sur ce point; mais nous croyons cependant que M. Fonssagrives va un peu trop loin dans son appréciation de la théorie de M. Melsens et que la transformation des sels mercuriels en iodures solubles est loin de nuire à l'élimination. Dans le cas des iodures, le fait avancé par M. Melsens est complètement justifié, l'expérience le montre : quand on met du bi-iodure dans une solution de chlorure de sodium, le bi-iodure est très divisé; une trace d'iode suffit alors pour le dissoudre complètement; pour le proto-iodure, la réaction est la même, sauf qu'il faut employer une plus grande quantité d'iode pour obtenir la dissolution complète. Le bi chlorure, au contraire, reste en solution avec le chlorure de sodium; si l'on vient à traiter cette solution par l'iodure de potassium, il faut une première quantité d'iode pour transformer le *bi-chlorure en proto-iodure*, une deuxième pour transformer le proto en bi-iodure et une troisième pour former l'iodure double soluble. Il nous paraît plus juste, dans le cas du bi-chlorure complètement soluble, de

laisser l'élimination se faire peu à peu, à moins de prendre d'un seul coup de fortes doses d'iodure de potassium, que l'estomac du malade se refuse quelquefois à supporter, surtout après un long traitement par le bi-chlorure de mercure. Dans le cas où il se forme un albuminate soluble, comme le dit M. Jaccoud, l'emploi de l'iodure de potassium peut avoir un effet sur l'organisme, mais n'a aucun pouvoir éliminatoire, le composé mercuriel formé étant complètement soluble. Il est cependant digne de remarque que, toutes les fois que le traitement par l'iodure de potassium a suivi l'emploi des composés mercuriels, l'iodure a semblé régler les sécrétions, arrêter les dernières traces de salivation et les désordres de la dentition et rendre le corps plus souple et plus alerte. La cessation seule de l'emploi du mercure produirait-elle le même effet?...

L'exemple que nous avons cité au haut de la page 242 prouve que la cessation de l'emploi du mercure entraîne peu à peu l'élimination du métal; mais ce fait ne nous a pas permis d'aller plus loin dans nos recherches. Cette partie regarde spécialement les pathologistes. Nous leur laissons le soin de vider la question.

CHAPITRE II.

De l'état sous lequel on rencontre le mercure dans les urines.

Quelles sont les transformations que subissent les composés mercuriels et le mercure lui-même dans l'organisme, et sous quel état rencontre-t-on le mercure dans les urines?

Telles sont les questions que nous allons essayer de résoudre dans ce chapitre.

Que le mercure pénètre d'une manière ou d'une autre dans le corps humain, il y subit de très profondes modifications. Les médecins anciens parlent tous du mercure sans

dire un mot de ces transformations qu'ils ne soupçonnaient probablement pas. Cullerier et Bard (*Dict. scient. méd.* 1819), dans un très long article sur le mercure, vont jusqu'à proposer d'ajouter une petite quantité de sublimé corrosif au calomel dans le traitement des maladies vénériennes, trouvant trop faible l'action du calomel et déclarant que plusieurs praticiens avaient renoncé à ce médicament pour le même motif. Ces auteurs citent un travail de Brassavole qui déclarait que trois frictions au mercure faites sur les bras et sur les cuisses avaient porté dans l'estomac une quantité de mercure capable de remplir une petite tasse ; cette quantité y était arrivée par des routes inconnues, y était restée plusieurs jours et avait beaucoup incommodé par son poids (?)

Aussi ces auteurs n'ont reconnu aucune espèce de transformation du mercure métallique à travers le corps. Après Brassavole, Gabriel Fallope croit que, pour arrêter la salivation mercurielle, il suffit de tenir un anneau d'or à la bouche pour en soutirer le mercure, que l'anneau devient blanc et que si on le présente à des charbons ardents le mercure s'évapore.

Ces expériences refaites par MM. Cullerier et Bard ne leur donnèrent aucun résultat. Comme on le voit, ces auteurs ne connaissaient pas la transformation du mercure dans l'organisme. C'est à M. Mialhe que revient l'honneur d'avoir porté la lumière sur cette importante question. Ce savant chimiste, reprenant dans le *Journal de pharm. et de chim.* (tome XXVI, page 108) les observations de Vogel et de Pettenkoffer, déclara que le calomel, en présence du chlorhydrate d'ammoniaque ou des chlorures de sodium et de potassium et de l'eau distillée, se transforme en bichlorure de mercure et en mercure métallique, que les propriétés anti-syphilitiques du calomel lui sont communiquées, en tout ou en partie, par le sublimé et le mercure, auxquels sa décomposition chimique donne naissance.

M. Mialhe ajoute que ce qu'il a dit pour le calomel peut être appliqué au proto-iodure de mercure lequel, en pareilles circonstances, se transforme en bi-iodure. Dans sa chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique (Paris, 1856), M. Mialhe reproduit ces conclusions en les appuyant sur des nouvelles recherches personnelles et sur les observations cliniques de plusieurs médecins de Paris. Il ajoute (page 404) : « La présence de matières grasses » n'empêche pas la conversion du calomel en sublimé, la « dextrine la favorise, au contraire; le sucre, et proba» blement l'albumine, ne la modifient pas et, enfin, que » la graisse y apporte un retard très marqué. » *M. Selmi*, reprenant ces expériences, conclut que l'albumine favorise cette décomposition par sa propriété d'emprisonner l'air. Ainsi, d'après M. Mialhe, le calomel n'est un agent thérapeutique que par le sublimé qu'il produit. Poursuivant ses recherches (page 421), M. Mialhe, par quelques expériences, démontre que l'acide chlorhydrique « agit bien » plus vivement sur l'iodure mercureux que sur le chlo» rure correspondant. » Il ajoute que dans l'emploi de l'iodure de potassium concurremment au proto-iodure de mercure, on doit regarder l'effet produit comme provenant du deuto-iodure et du mercure métallique.

En examinant le cas du deuto iodure de mercure, M. Mialhe, s'appuyant sur l'opinion de MM. Trousseau et Pidoux, déclare que le deuto-iodure est plus actif que le sublimé et qu'il est plus que probable qu'il agit à l'état de sublimé : « Mais, comme trois parties de bi-iodure ne peuvent donner naissance qu'à un peu moins de deux parties de bi-chlorure mercuriel, il est difficile de croire qu'il est plus actif que ce dernier. » Enfin, que le mercure métallique, soumis à l'action de solutions des chlorures, *des métaux alcaligènes*, produit constamment une certaine quantité de bi-chlorure de mercure. C'est ce qui explique, d'après cet auteur, l'intoxication lente des ouvriers qui travaillent le mercure. Tel est le résumé rapide des remar-

quables travaux publiés par M. Mialhe, travaux qui, à leur époque, produisirent si justement une très profonde impression. MM. Tardieu et Roussin, dans leur remarquable ouvrage sur l'empoisonnement (Paris, 1867), reproduisent, en les approuvant, les conclusions de M. Mailhe. Ils admettent aussi avec lui : « que le cyanure de mercure peut » prendre naissance dans l'économie par la réaction réci» proque du proto-chlorure de mercure et de l'acide cyan» hydrique. Les amandes amères et l'eau de laurier se » comportent comme cet acide. » M. Gobley (*Dictionnaire de médecine*, tome VII, page 49) admet que sous l'influence d'un chlorure alcalin le proto iodure se dédouble en deuto-iodure, qui se dissout, et en un dépôt composé de proto-iodure et de mercure métallique. En examinant les composés du mercure, cet auteur ne parle pas de l'action des chlorures alcalins sur l'iodure double de mercure et de potassium, préparation des plus employées aujourd'hui. Dans le même ouvrage (tome VII, page 51), *M. Fonssagrives*, résumant ses appréciations sur la théorie de M. Mialhe, dit qu'elle est « spécieuse pour les préparations » insolubles, le calomel, par exemple; que la théorie » fait complètement défaut pour le sublimé lui-même, et » que l'on ne peut s'empêcher de remonter pour expliquer » ces particularités à des différences dans la *réceptivité* » individuelle. »

M. Fonssagrives admet cependant que le mercure « à » l'état métallique peut se solubiliser par action chimique, » et que c'est non plus le mercure, mais un de ces com» posés qui en force la barrière, tandis que les vapeurs » respirées entrent réellement dans l'absorption sous leur » état originel » (tome VII, page 66).

Cet auteur, dans le même ouvrage (tom. XI, pag. 717), se pose les deux questions suivantes : le calomel agit-il par lui-même ou n'est-il qu'un réservoir de sublimé? Il n'insiste plus sur la première question .battue en brèche par M. Mialhe, il répond à la deuxième de la manière sui-

vante : « Les observateurs qui profitent de la chimie, mais
» qui n'acceptent que sous bénéfice d'inventaire les explica-
» tions ingénieuses dont elle est prodigue, se refusent à
» penser qu'administrer 1 gramme de calomel ou donner
» au malade à la place de ce médicament la quantité de
» sublimé qu'il est susceptible de produire en temps ordi-
» naire et dans les conditions habituelles des sucs gastri-
» ques, serait chose très indifférente ; ne peut-on pas,
» d'ailleurs, invoquer contre ces arrêts trop absolus de la
» chimie l'absence d'influence exercée sur la quantité de
» sublimé qui se forme, par la nature de l'alimentation
» qui doit contenir cependant des doses très variables de
» chlorure de sodium ? »

M. Fonssagrives, qui a appartenu longtemps au service de santé de la marine, nie la sensibilité plus grande des marins pour le calomel, qui cependant ont l'organisme complètement imprégné de sel marin.

M. Fonssagrives cite encore l'opinion de divers auteurs, Feruel, Laborde, Bartholin, Biett, etc., sur la revivification du mercure dans l'économie. D'après ces différents auteurs, les os auraient le privilège de condenser ce métal et de le retenir dans leur tissu. M. Fonssagrives, sans désapprouver « les théories émises, trouve extraordinaire que le mercure » puisse éluder les actions chimiques nombreuses qui » doivent *agir* sur lui dans l'intérieur de l'organisme. » M. Fonssagrives ajoute : « Il ne répugne certainement pas » d'admettre que le mercure au moment de l'élimination se » dégage des combinaisons qu'il a formées et se revivifie. » En 1866, MM. Salmeron et Maldore, médecins anglais, citent deux cas de revivification du mercure sur la peau. Les expériences de ces deux auteurs furent très combattues comme n'étant pas faites dans de bonnes conditions. En tout cas, comme nous le verrons plus tard, il n'est pas d'exemple où le mercure soit passé dans l'urine complètement revivifié.

M. le docteur Jeannel, dans le *Journal de médecine* de

Bordeaux (15 mai 1869), sans partager les idées de M. Fonssagrives, croit qu'il y a transformation, et que ce sont les carbonates alcalins qui interviennent : « En présence de ces » carbonates, les matières grasses dissolvent l'*oxyde de mer-* » *cure*, qui est le résultat de la décomposition du calomel. » Celle-ci s'effectuerait surtout au contact des humeurs » alcalines de l'intestin. L'oxyde de mercure est absorbé à « l'état de sel gras ou d'albuminate. »

M. Melsens, dans un ouvrage qui fit une très vive impression (sur l'emploi de l'iodure de potassium pour combattre les affections mercurielles, 1849), déclare que les préparations mercurielles sont pour la plupart insolubles dans le corps humain et que le traitement par l'iodure de potassium les rend complètement solubles ; que, par conséquent, ces composés fixés par l'économie sont par sa méthode rendus propres à être repris par le sang, puis à être rejetés au dehors. M. Melsens conseille d'employer l'iodure de potassium dans les cas d'intoxication lente, il assure que par ce procédé dans l'urine on retrouvera du bi-iodure de mercure. Nous verrons plus tard que l'opinion de M. Melsens se justifie non seulement dans le cas où le sujet subit une intoxication lente, mais encore dans les cas de traitement par les iodures de mercure. M. Melsens, en parlant des divers composés formés par le mercure dans l'économie, cite les composés que produit le sublimé avec l'albumine, la gélatine, les matières azotées extractivés du sang, de la chair musculaire, la gelatine soit naturelle, soit modifiée par la digestion : les matières de la bile ; des savons de mercure ; des phosphates de mercure ; du mercure métallique. Il ajoute que tous ces composés sont solubles dans l'iodure de potassium neutre, alcalin, pur, en dissolution dans l'un des liquides de l'économie. M. Melsens termine ce passage en déclarant que toutes les expériences entreprises pour vérifier ces faits ont réussi dans toutes les circonstances. M. Melsens constate ensuite que l'albumine précipitée par le sublimé est soluble dans l'iodure de potassium, et que

dans les urines des sujets traités par son procédé, nous ne devons plus trouver du bi-chlorure de mercure, mais bien du bi-iodure. La suite de ce travail montrera que le bi-chlorure se retrouve, mais que l'iodure de potassium peut hâter l'élimination sans influer sensiblement sur le composé formé. Dans le cas d'un bi-iodure, l'iodure de potassium forme certainement un iodure double très soluble. En résumé, d'après M. Melsens, tous les composés formés dans l'économie sont insolubles et c'est l'iodure de potassium, seul, qui a la propriété de leur rendre leur solubilité.

M. Deschamps d'Avallon (note sur les pilules de calomel et leur transformation en sublimé, *Bull. thérap.*, t. XXII, pag. 200), ne croit pas que le calomel, administré sous forme de pilules ou de pastilles, se transforme en sublimé corrosif ; cet auteur a fait de nombreuses recherches pour vérifier ce fait et n'a jamais pu déceler les moindres traces de sublimé. Après lui, M. Beale (*Des Urines*, Paris, 1865, pag. 476) constate que le mercure passe dans les urines sans indiquer les modifications que ce métal peut subir en traversant l'organisme.

M. Mehu (*Chim. biol.*, pag. 383), fait la même remarque, sans s'occuper davantage de cette importante question.

M. Wurtz (*Diction. chim.*, fasc. 13, pag. 342) cite les expériences de Mialhe à propos du calomel et les approuve. Enfin, M. Jaccoud, dans son appendice au Traité de pathologie interne (pag. 330), déclare que, quelle que soit la voie d'introduction et la forme sous laquelle le métal passe dans l'organisme, il subit une véritable *évolution*, « il est trans- » formé en sel soluble par l'action combinée des chlorures » alcalins et de l'albumine, et il existe dans l'organisme » sous forme d'*albuminate d'oxyde de mercure combiné avec* » *le chlorure de sodium* ».

M. Jaccoud admet, avec MM. Voit et Overbeck, que l'*azone* a un rôle nécessaire dans cette transformation. Selon MM. Selmi et Grimelli, « c'est le mercure lui-même qui » détermine la modification de l'oxygène en zone, et les

» globules du sang ont pour rôle de transporter l'ozone du » mercure au chlorure de sodium, lequel accomplit, avec » l'albumine, la métamorphose du métal en sel soluble ».

Overbeck (*Mercur und syphilis.* Berlin, 1861) croit que le métal emprunte l'ozone au sang et aux tissus, il ne regarde pas la transformation initiale du mercure eu sublimé comme certaine. M. Jaccoud cite encore les travaux de Blomberg qui admet « qu'au lieu de cette formation transi- » toire de sublimé, il se fait une oxydation directe du mer- » cure par l'ozone de l'organisme et une combinaison de » cet oxyde à l'état naissant avec l'albumine, combinaison » qui circule à travers les tissus, dissoute dans un liquide » chargé de chlorure de sodium et d'albumine. » Ainsi, d'après cet auteur, la transformation du calomel en sublimé n'est pas totale, et le calomel introduit dans l'organisme donne lieu à une formation de mercure métallique.

En 1873, M. Bellini (*Contributo alla storia terapeutica del calomelano oproto chloruro di mercuria*) n'admet pas comme certaine la transformation du calomel en sublimé. Voici les conclusions des recherches de Bellini : « Introduit dans » l'appareil digestif en l'état de vacuité, le calomel est amené » à l'état dissous, en petite partie dans l'estomac, en grande » partie dans l'intestin grêle. Dans l'estomac, la solution » résulte des chlorures alcalins et de l'acide lactique ; il se » forme, d'une part, un sel double de chlorure de mercure » et de chlorure de sodium ou d'ammonium, et, d'autre » part, un lactate de mercure. Dans l'intestin grêle, la solu- » tion est le fait des carbonates alcalins, qui donnent aussi » lieu à de l'oxyde de mercure et à la formation du sel » double. — Ingéré pendant la digestion stomacale, le calo- » mel est décomposé en totalité ou en très grande partie » par les substances protéiques, pour la plus grande pro- » portion en mercure métallique, pour la plus petite, en » une combinaison soluble ».

Le terme final est donc toujours, comme le dit M. Jaccoud (*cod. loco*, pag. 330), la formation du *sel double, albuminate d'oxyde de mercure uni au chlorure de sodium.*

Neubauer et Vogel (*De l'Urine*, pag. 156) déclarent que les substances solubles sont rapidement éliminées du corps par les urines, mais que l'individu lui-même paraît avoir quelque influence. Ils admettent que le sublimé corrosif passe intact dans l'économie, mais qu'il s'élimine plus facilement sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium. Ces auteurs, pas plus, du reste, que Schneider et Lehmann, ne donnent leur opinion sur les modifications que peut subir le calomel. Devant ces assertions si diverses et qui, toutes, sont au fond soutenables, il est assez difficile de se faire une opinion péremptoire sur l'état dans lequel tous ces composés du mercure peuvent se rencontrer dans les urines. Un fait cependant est venu nous éclairer. Ayant opéré sur les urines d'un malade traité par les pilules de Sédillot (onguent napolitain), nous n'avons pas trouvé de mercure, à plusieurs reprises, par l'électrolyse, en évaporant de très grandes quantités d'urines rendues conductrices par un peu d'acide chlorhydrique pur. Dès que nous avons fait passer un violent courant de chlore dans le liquide acidifié, nous avons pu constater la présence du mercure au pôle négatif. Dans le cas du bi-chlorure, le résultat peut s'obtenir directement, sans courant de chlore. Au cours d'une de nos expériences, cependant, le chlore et l'acide chlorhydrique ont rendu l'amalgamation de l'or plus visible. Il est certain que ce traitement accélère la réaction.

Quant au mercure métallique et au calomel, ils passent dans l'urine, comme le disent plusieurs des auteurs cités, à l'état d'*albuminate d'oxyde de mercure*; mais il n'en est pas de même du bi chlorure de mercure qui passe à peu près intact. Le résultat de nos expériences nous a montré que, si la décomposition a lieu, elle doit être presque nulle. Cette question a été traitée dans le premier chapitre, nous n'y reviendrons pas. Les expériences, sont décrites dans le chapitre de la recherche chimique du mercure dans les urines.

Quant aux iodures de mercure, ils passent intacts; le

proto-iodure seul est transformé en deuto-iodure. M. Mialhe a donné une explication de cette formation ; nous en avons parlé plus haut ; elle n'est pas concluante. L'expérience montre clairement que le bi-iodure reste indécomposé, et Neubauer et Vogel, sans affirmer le fait, en reproduisant les expériences de Schneider et de Kletzinsky, le laissent facilement entrevoir (*De l'Urine*, pag. 159). Ces auteurs recommandent, dans le cas où le malade aurait pris de l'iodure de potassium, de faire passer un courant de chlore au sein du liquide au moyen du chlorate de potasse et de l'acide chlorhydrique, d'évaporer l'urine en la mélangeant d'acide sulfurique contenant de l'acide azoteux, de façon à chasser complètement l'iode. Evidemment, Neubauer et Vogel avaient en vue, en faisant ces recommandations, non seulement l'iodure de potassium, mais encore l'iodure double de potassium et de mercure.

Dans le cas du bi-iodure seul, les résultats suivants prouvent que le bi-iodure passe indécomposé et que l'on ne peut trouver de mercure dans les urines sans avoir préalablement expulsé l'iode.

Pour opérer cette recherche, nous avons fait évaporer plusieurs litres d'urine dans un ballon, après avoir suspendu dans son col une fine lame d'or au moyen d'un fil. Aucune trace d'amalgamation. Nous faisons passer un courant de chlore dans le liquide, la lame d'or montre bientôt un point blanc visible à la loupe ; mais, dès que nous avons ajouté de l'acide sulfurique renfermant de l'acide azoteux, c'est-à-dire dès que tout l'iode est chassé, la lame d'or a été amalgamée très visiblement. En reprenant une partie du liquide, nous avons pu trouver l'iode par le procédé de M. Mehu (*Chim. biolog.*, pag. 354), ou mieux encore, par le procédé de mon savant maître et ami M. le professeur Filhol. Ce procédé nous a donné des résultats si satisfaisants que nous croyons devoir le reproduire ici. Voici en quoi consiste cette méthode (*Revue méd. de Toulouse*, n° 8, 1877) : « On évapore une quantité convenable du liquide

» après y avoir ajouté un peu de potasse très pure ; le
» résidu sec est épuisé ensuite par de l'alcool à 85° et la
» solution alcoolique est évaporée à siccité. Le résidu de
» cette dernière opération, après avoir été chauffé au rouge,
» est dissous dans quelques gouttes d'eau distillée. La
» solution aqueuse est acidulée par l'acide chlorhydrique
» pur, et on ajoute au mélange une goutte d'une solution
» d'acide chromique préparée en faisant dissoudre 1 déci-
» gramme d'acide chromique dans un litre d'eau ; on y
» ajoute, en outre, une ou deux gouttes de sulfure de car-
» bone, on agite vivement et on laisse reposer ensuite. Le
» sulfure de carbone se rassemble au fond du liquide et
» est coloré en violet par l'iode libre qu'il tient en dissolu-
» tion ». Les traces les plus petites d'iode sont décelées par ce procédé. Dans le cas qui nous occupe, il y a cependant quelques précautions à prendre ; ainsi, il faut avoir le soin de laisser reposer les urines et de décanter la portion que l'on devra soumettre au traitement. Dans la première phase de l'opération, quand on dissout par l'eau distillée le résidu chauffé au rouge, il faut avoir le soin de filtrer le résidu produit, les urines donnant des matières complètement insolubles ; il faut, en outre, avant de filtrer, laisser séjourner l'eau distillée sur le résidu pendant un temps assez long, en ayant le soin de bien remuer avec une baguette de verre. D'après les expériences qui précèdent, nous pouvons donc affirmer que le bi-iodure passe, au moins en grande partie, indécomposé.

En résumé, nous croyons que les sels de mercure passent dans les urines sous trois états principaux ;

1° Albuminate d'oxyde de mercure et chlorure de sodium ;

2° Bi-chlorure de mercure ;

3° Bi-iodure de mercure.

Quant au cyanure de mercure, il nous a été impossible d'avoir un sujet pour vérifier les dires des différents auteurs. Nous croyons cependant, avec la plupart *d'entre eux*, que,

vu l'instabilité excessive de l'acide cyanhydrique, le cyanure se transforme sous l'influence du chlorure de sodium et surtout de l'albumine. Dès que l'occasion se présentera, nous nous empresserons de combler cette lacune.

CHAPITRE III.

De l'albuminurie mercurielle.

Une question importante se présentait ici comme corollaire de celle que nous venons de traiter. On sait avec quelle facilité l'élimination par les reins de principes anormalement contenus dans le sang influe sur les éléments sécrétoires de l'organe de l'uropoëse et, d'autre part, on n'ignore pas non plus la forme complexe sous lesquelles les corps primitivement simples sortent de l'organisme.

On pouvait donc se demander si, en dehors du mercure, les urines des malades soumis au traitement hydrargyrique ne contenaient pas d'autres principes anormaux dont la présence se rattachait, par un lien étroit, à l'élimination mercurielle.

Plusieurs anteurs se sont déjà occupés de cette question.

En 1867, MM. *Tardieu et Roussin* (*Poison*, page 571), ont parfaitement reconnu le fait. Ces auteurs s'expriment ainsi : « Dans l'empoisonnement lent ou aigu, il est une » lésion qui peut offrir un certain intérêt : c'est celle des » reins, qui sont le siège d'une inflammation granuleuse » et d'une dégénérescence analogue à celle qui caractérise » la maladie de Bright. Cette altération est, en effet, en » rapport avec l'albuminurie, qui se montre dans le cours » de l'empoisonnement et peut se rattacher à l'élimination » du poison, qui s'opère principalement par les reins. »

M. Fonssagrives (*Diction. m. de Dechambre*, page 53, tome VII), en parlant de l'hypercrinie rénale, dit :

« La diurèse serait la conséquence de l'imprégnation mer- » curielle. Pereira dit avoir recherché sans succès, chez

» plusieurs sujets en état de ptyalisme mercuriel très abon-
» dant, la présence de l'albumine dans les urines ; on
» s'accorde cependant à considérer l'albuminurie comme un
» effet de la saturation par le mercure. » M. Fonssagrives admet donc l'existence de l'albuminurie mercurielle accompagnant toujours la saturation métallique. M. Beale (*De l'urine*, 1865, page 477) est plus explicite. D'après cet auteur : « On trouve de l'albumine dans l'urine des ma
» lades soumis à une médication mercurielle longtemps
» prolongée. Cette albuminurie est un des accidents d'éli-
» mination du poison. » Le même chimiste ajoute que l'on trouve le poison non seulement dans l'urine, mais encore dans le rein lui-même, qui est altéré et graisseux, nouvelle preuve que l'action irritante locale, toute mécanique qu'il produit, est bien la cause de l'altération rénale et de l'albuminurie qui en est la conséquence.

M. Gubler (*Dict. de méd.*, page 499, tome II) donne une explication de ce fait très importante, d'après lui : « Les
» substances qui ne sont pas essentiellement irritantes pour
» les tissus, le mercure, par exemple, ne causent jamais
» directement l'albuminurie, si elles ne se présentent pas
» aux émotoires urinaires en énormes proportions à la
» fois ; autrement accompagnerait invariablement l'adminis-
» tration thérapeutique de tous les composés mercuriels ; et
» cette fâcheuse coïncidence interdirait le plus souvent
» l'usage des préparations métalliques. »

M. Gubler reconnaît que, dans certains cas, si l'albuminurie existe, elle n'est pas en rapport avec le travail éliminateur. Il cite à l'appui l'observation d'Overbeck qui, ayant trouvé de l'albumine dans les urines d'une jeune fille en traitement mercuriel, lui donna de l'iodure de potassium, selon les méthodes de Melsens et de Natalis Guilhot. Overbeck constata, quelques jours après, que l'albuminurie avait disparu. En somme, l'opinion de M. Gubler est :
« que dans les empoisonnements par le mercure, l'albu-
» minurie est tantôt primitive et déterminée par la phlogose

» rénale, ce qui est rare, tantôt et presque toujours con-
» sécutive, dyscrasique et cachectique. »

Un peu avant les travaux de M. Gubler sur cette importante question, Kletzinski, qui s'occupait des intoxications mercurielles et de leurs symptômes, pensait que les urines chargées de mercure contenaient toujours de l'albumine.

MM. Désir Frerichs et Rayer croient cette coïncidence rare ou nulle. D'un autre côté, Wells (*Dict. méd.*, tome II, page 499) : « ayant observé six sujets syphilitiques traités
» par le mercure jusqu'à salivation, note qu'un seul n'offrit
» que des traces d'albumine et que quatre rendirent des
« urines riches en principe coagulable. »

Küsmaul (*eod loco*) « qui a fait du mercurialisme l'objet d'une étude approfondie déclare : « d'après ses propres re-
» cherches, que l'urine chargée de mercure renferme de
» l'albumine dans une certaine proportion des cas et croit
» pouvoir rapporter la leucomurie hydrargyrique au ca-
» tarrhe rénal. »

M. Gubler conclut, de tout ce qui précède, qu'il n'est pas exact de dire que ces auteurs sont arrivés à n'envisager l'albuminurie accompagnant l'hydrargyrose que comme une simple coïncidence.

Nous n'avons pas manqué de rechercher l'albumine chaque fois que nous avons examiné des urines, pour y déceler la présence du mercure. Une fois seulement nous avons pu retrouver l'albumine, et encore se trouvait-elle en très faible quantité. Nous avons dû employer, dans cette recherche, une méthode décrite par M. Méhu (*Chim. méd.*, page 56) que nous devons rapporter ici, vu son extrême sensibilité :
« Prenez un verre conique, versez-y le liquide à examiner
» après l'avoir saturé de sulfate de soude pur, acidulez-le
» par l'acide acétique et filtrez. Ce liquide doit être d'une
» transparence parfaite. Ajoutez encore deux ou trois pour
» cent d'acide azotique, puis 1/10 du volume total de la
» solution d'acide phénique (acide phénique, 1 partie en
» poids ; acide acétique, 1 alcool à 90°2) ; agitez vivement

» le mélange et abandonnez-le à lui-même. S'il y a de l'al» bumine dans le liquide, il se troublera, et après un repos » suffisant, vous verrez au fond du verre un précipité blan» châtre et vous pourrez, par décantation, séparer ce pré» cipité du liquide qui le surnage. Versez alors sur ce » dépôt de l'eau distillée, laissez déposer encore une fois, » séparez de nouveau le liquide surnageant et vérifiez sur » le précipité égoutté toutes les qualités de l'albumine coa» gulée. » En suivant la méthode de M. Méhu, nous sommes arrivés à trouver de l'albumine dans les urines du malade cité. Il a été facile de voir que cette coagulation ne s'est pas effectuée comme cela se passe dans les cas d'albuminurie ordinaire provenant de la maladie de Bright, par exemple. Dans le cas qui nous occupe, l'albumine s'est subitement prise en masse sans offrir ce trouble qui précède la coagulation.

Pour mieux observer le fait, nous avons pris un ballon de deux litres, préalablement rempli de l'urine en question. L'urine a été chauffée à 100° ; ce n'est qu'à partir de 80° que le trouble a commencé ; quelques gouttes d'acide nitrique pur l'ont fait complètement disparaître, ce qui prouve que nous avions d'abord à faire aux urates et aux phosphates. L'urine remise sur le feu et chauffée à 90° a subitement donné un léger coagulum entièrement insoluble dans l'acide nitrique pur versé goutte à goutte. Cette particularité ferait croire que l'on n'a plus à faire à l'albumine que l'on rencontre ordinairement dans les urines, mais que dans l'intoxication mercurielle c'est une forme particulière de l'albumine qui apparaît. La vérification de ces faits a été impossible, aucune des autres urines ne contenant de l'albumine. Nous avons cru cependant de notre devoir d'appeler l'attention des hommes de science sur un fait aussi intéressant.

(A suivre).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE

Séance du 1er Juillet 1879.

Présidence de M. JANOT, président.

Présents : MM. Janot, Naudin, Baillet, Faurès, Ribell, Timbal-Lagrave fils, d'Auriol, Garipuy, Couseran, Roque-d'Orbcastel, Terson, Caubet, Giscaro, *secrétaire général.*

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée a fourni, indépendamment des publications périodiques habituelles : 1° neuf volumes venant de l'Université de Christiania, accompagnés d'une lettre d'envoi du ministère de l'instruction publique ; 2° une brochure de M. le Dr Duhourcau, membre correspondant à Cauterets, intitulée : *De l'alcalinité des eaux sulfureuses des Pyrénées, et en particulier de l'alcalinité des eaux de Cauterets.*

La correspondance manuscrite comprend un travail adressé comme tribut académique par M. Tachard, ayant pour titre : *Exostose fémorale volumineuse, rupture du tendon du droit antérieur.* — Renvoyé au rapport de M. Ribell.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

M. Garipuy, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Batut. M. le Président le remercie au nom de la Société.

M. le Président annonce le décès de M. Desclaux, mort le 28 juin, et se fait l'interprète des regrets de la compagnie. Le corps de ce collègue ayant été transporté à la campagne, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

A cette occasion, et sur l'observation de M. Naudin, un long débat, auquel prennent part plusieurs membres, s'engage sur l'interprétation à donner à l'art. 77 du règlement concernant les honneurs funèbres.

L'ordre du jour appelle les conférences sur les maladies régnantes du mois de juin. Chaque membre signale à la réunion les affections qui paraissent se rattacher à la constitution médicale de ce mois.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Séance du 11 Juillet 1879.

Présidence de M. MOLINIER, vice-président.

Présents : MM. Molinier, Baillet, Cazac, d'Auriol, Timbal-Lagrave fils, Peyreigne, Mauri, Roque-d'Orbcastel, Saint-Plancat, Jougla, Dazet, Terson, Couseran, Giscaro, *secr. général.*

Le procès-verbal de la séance précédente a été lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend, outre les publications périodiques habituelles : 1° le 1er n° de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*; 2° *Le Concours médical*, 1re année, n° 1, Paris; 3° du Dr Mauriac, de Bordeaux, une traduction d'un travail du professeur Da Costa Alvarenga, de Lisbonne, intitulé : *La Propylamine, la triméthrylamine et leurs sels.* — Renvoyé au rapport verbal de M. Dazet.

La correspondence manuscrite comprend : 1° un Mémoire de M. le Dr Parant, de Toulouse, intitulé : *Etude sur la paralysie générale consécutive à l'ataxie locomotrice.* Ce travail est accompagné d'une lettre d'envoi posant la candidature de l'auteur au titre de membre résidant; 2° une lettre accompagnant la brochure de M. le Dr Mauriac ci-dessus désignée.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour : En l'absence de M. Garipuy, secrétaire du *primâ mensis,* la lecture du rapport du *primâ mensis* est ajournée.

M. Timbal-Lagrave père, appelé, par l'ordre d'inscription au tableau, à payer son tribut académique, est absent pour cause de maladie et fait demander un prochain tour de lecture qui lui est accordé.

Sur l'invitation de M. le Président qui demande à ses collègues s'ils n'ont aucune communication à présenter, M. Mauri entretient la réunion de la transmission de la vaccine morveuse par le cow-pox, dans une ville d'Italie. Il lit à ce sujet un article du *Journal des Vétérinaires du Midi* qui a signalé ce fait.

Plusieurs membres échangent quelques réflexions à ce sujet.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Séance du 21 juillet.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, Couseran, Garipuy, Faurès, d'Auriol, Roque-d'Orbcastel, Ribell, Giscaro, *secrétaire général*,

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend, outre les publications périodiques habituelles, 1° une brochure in-8°, de M. le docteur Henry O'Marey, de Cambridge (Etats-Unis), intitulée *The radical Cure of hernia*, etc.; 2° Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg, t. 15, 1879.

Rien à la correspondance manuscrite.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

M. Garipuy a lu le rapport sur les maladies régnantes du mois de juin. Adopté.

Ordre du jour : M. Faurès, appelé par l'ordre du jour à payer son tribut académique, s'excuse de n'être pas en mesure par suite de la fatigue de sa vue.

M. Ribell lit un rapport sur le travail de M. Tachard, intitulé *Exostose fémorale*, etc. Il conclut à ce qu'il soit adressé des remerciements à l'auteur et que le mémoire soit envoyé au comité de publication pour être inséré dans le Journal de la Société.

Après quelques observations de M. Molinier, le rapport est adopté. M. le Président remercie M Ribell, au nom de la Société, de son très remarquable rapport.

MM. Naudin, Jougla et Caubet ont pris séance pendant cette lecture.

Quant aux conclusions du rapport, une discussion s'engage sur le point de savoir si la publication prochaine du travail de M. Tachard n'empêchera pas son renvoi à la commission des récompenses, qui est règlementaire La Société décide qu'il n'y a pas incompatibilité entre l'une et l'autre destination, et que le comité de publication choisira le moment qui lui paraîtra le plus opportun pour l'insertion du mémoire dans le Journal de la Société.

La séance est levée à 5 heures 40 minntes.

REVUE DES JOURNAUX ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Sur l'action tænipuge de la pelletiérine. — La pelletiérine, alcaloïde de l'écorce de grenadier, extrait par M. Ch. Tanret, de Troyes, a été tout récemment préconisée dans le traitement du tænia. MM. Dujardin-Baumetz, de Laboulbène et C. Paul ont publié, il y a environ un an, leurs recherches sur cette substance et sur son action thérapeutique; plus récemment, le Dr Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, a expérimenté cet alcaloïde sur ses malades de l'hôpital Saint-Mandrier. Il a employé la pelletiérine tantôt sous forme de tannate, tantôt sous forme de sulfate, et toujours avec beaucoup de succès.

Nous reproduisons les conclusions suivantes qui terminent les deux mémoires, publié par cet honorable praticien dans le *Bulletin général de thérapeutique :*

1o Le tannate de pelletiérine a donné au moins 12 succès incontestables sur 14 essais; peut-être 13 et même 14 succès;

2o Le sulfate n'a produit que 7 expulsions indiscutablement complètes sur 20 tentatives;

3o Le tannate paraît préférable au sulfate parce qu'il est beaucoup plus facile d'obtenir avec lui des selles sous l'influence d'un purgatif et que le tannate amène moins souvent les nausées et les vomissements;

4o La dose de tannate de pelletiérine à donner à un adulte varie de 40 à 50 centigrammes;

5o Le médicament doit être pris en une seule fois le matin à jeun, alors que le dernier repas de la veille a consisté en lait et pain;

6o Un quart d'heure après l'ingestion du tannate de pelletiérine, il faut faire prendre un purgatif : 30 grammes de teinture de jalap composée, 30 grammes d'huile de ricin ou 45 grammes de sulfate de soude suivant les cas; et les efforts doivent tendre à provoquer le plus vite possible des selles, car on a d'autant plus de chance d'obtenir l'expulsion de la tête que l'action purgative est plus rapide et plus complète.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de juillet 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

L'année dernière, à pareille époque, nous faisions remarquer combien était déplorable l'hygiène suivie à l'égard des jeunes enfants. Nous ne saurions trop insister sur ce sujet, quand nous

voyons, tous les étés, se renouveler les funestes effets des chaleurs sur ces petits êtres. Il est arrivé à chacun de vous d'être appelé auprès d'un jeune malade, qui depuis une semaine entière est pris de diarrhée et dont l'estomac rejette tout ce qu'il reçoit depuis deux ou trois jours. Ce n'est déjà plus qu'un petit cadavre que l'on veut trop tard disputer à la mort. Et pourquoi tant attendre?... c'est parce que la diarrhée est pour un enfant, aux yeux de bien des gens, un *bienfait de nature;* il ne faut donc pas la combattre trop tôt. Ce qui la provoque, d'après eux, c'est toujours une poussée dentaire ou l'existence de vers intestinaux. — On ne saurait trop lutter contre cette manière d'agir et de penser. Tout le monde devrait savoir qu'en été, il faut se hâter de soigner la diarrhée des jeunes enfants.

Dans les commencements du mois de juillet, cette affection en a frappé un petit nombre; mais les cas de mort ont sensiblement augmenté vers la fin, alors que la température s'est très sensiblement élevée. Le 31 juillet, sur 20 décès, chiffre double de la moyenne, il y en avait 7 de jeunes enfants d'un jour à un an. Il faut donc veiller et appeler l'attention de tous sur ce caractère grave de la constitution médicale.

Nous avons peu de choses à dire sur les autres maladies qui se sont offertes à votre observation et qui n'impriment aucun caractère particulier à la nature des causes des décès pendant le mois de juillet. Vous avez cependant signalé un assez grand nombre d'hémorrhagies, cérébrales, nasales, bronchiques, utérines.

Les affections catarrbales n'ont pas disparu du cadre nosologique, et n'en disparaissent du reste jamais à Toulouse ; mais leur influence sur la mortalité a été faible.

Les fièvres éruptives n'ont pas amené de décès. Vous avez eu néanmoins des varioles, des urticaires, des scarlatines, des érysipèles. La variole n'a pas été observée par vous.

La fièvre typhoïde a fait seulement deux victimes.

Les morts par phtisie ont atteint le chiffre de 44. C'est le plus élevé après celui des jeunes enfants d'un jour à un an. En résumé, la constitution médicale a un caractère grave pour les jeunes enfants; mais nous ajouterons que l'on pourrait en diminuer la gravité par moins de négligence ou mieux par un peu plus de confiance dans les conseils des gens autorisés à les donner et un peu moins dans ceux de la première matrone venue.

OBSERVATIONS météorologiques et nature des causes
l'Etat civil pendant le

ALTITUDE : 146 m.

DATES.	Pression atmosphérique.	Température de la journée.		Humidité relative.	Pluie ou neige	Vents	Variole.		Rougeole.		Scarlatine.		Erysipèle.		Fièvre typhoïde		Rhumatisme.		Diphthérite ou croup.		Tuberculisation.		Vieillesse.		Enfants d'un j. à un an
		max	min				H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	
1	749, 5	32	19	29	1	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	3	.	2
2	753, 0	27	15	67	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	3	2	2
3	753, 5	27	13	74	1	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	1
4	755, 0	22	13	90	0,5	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	1	.	.
5	757, 1	24	11	53	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6	758, 3	24	12	50	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
7	755, 1	27	13	43	.	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	1	2	1
8	752, 9	26	11	47	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	1
9	753, 4	24	11	35	0,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	3
10	755, 6	25	11	57	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.
11	758, 6	24	11	55	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
12	754, 6	28	11	50	3	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3
13	752, 4	22	12	46	13	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	1	4
14	756, 3	22	13	51	0,5	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1	.
15	756, 5	23	12	82	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1
16	752, 0	29	12	55	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	2	1
17	750, 8	25	12	45	0,5	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3
18	752, 7	23	15	73	0,3	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	2	.	.
19	753, 2	24	16	72	0,2	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	3
20	754, 6	26	16	59	0.5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2	.	2	2
21	752, 8	24	16	61	1	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	1	1	1	3
22	752, 0	23	14	62	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
23	755, 0	24	13	60	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	.	1	.
24	758, 8	26	14	57	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	3
25	756, 0	25	14	72	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1	1	2
26	752, 8	32	15	57	5,8	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	1	2
27	757, 2	26	16	71	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
28	757, 8	28	15	72	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	.	.
29	756, 9	32	18	42	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1	3
30	755, 0	28	18	54	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5
31	752, 4	34	18	39	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	5	3	1	7
MOYENNES DU MOIS :	754,60	26	14	57	0		.		.		.		.		2		.		5		44		42		56

Total général des décès.........

de **DÉCÈS** *à Toulouse, d'après les déclarations faites à*

mois de Juillet **1879.**

Population ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants.		Hémorrhagie cérébrale.		Paralysies.		Maladies de l'appareil respiratoire : Pleuro pneumonies		Respiratoire : Bronchites		Respiratoire : Chroniques		Circulatoire : Aiguës		Circulatoire : Chroniques		Digestif : Diarrhées. dysenterie.		Digestif : Cholérine.		Suites de couches.	Affections chirurgicales		Morts violentes : Accidentelles.		Morts violentes : Volontaires.		Causes diverses.	
H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.
.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	.	1	.	.	.	.	.
.	.	.	1	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	2	1	2	1
.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	1	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1
.	.	2	.	.	.	1	.	.	.	1	2	.	.	.	1	.	.	1	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
6		4		9		4		1		7		.		9		2		9		2	12		3		6		31	

Hommes....... 106 }
Femmes....... 92 } 254
Jeunes enfants.. 56 }

Naissances..... { Garçons........ 126 } 246
{ Filles.......... 120 }

Mort-nés ...... { Garçons........ 11 } 21
{ Filles........ 10 }

CHRONIQUE.

— On sait que les deux Chambres ont approuvé le projet d'emprunt à contracter par la ville de Toulouse.

L'exposé des motifs énumère les différents travaux à exécuter.

L'appropriation des bâtiments de la caserne de la Mission pour l'installation de la Faculté de médecine est inscrite pour une somme de 1,500,000 francs ;

La réinstallation des Facultés des lettres et des sciences pour une somme de 1,500,000 francs.

Au sujet de ces deux entreprises, l'exposé des motifs contient les lignes suivantes :

« En procédant à la réinstallation des Facultés des lettres et des sciences et à la construction des bâtiments destinés à l'installation d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, la ville de Toulouse a pour but d'associer ses efforts et ses sacrifices à ceux que fait l'Etat pour le développement de l'enseignement supérieur..... La Faculté de médecine, dont la création a été autorisée par décret du 28 novembre 1878, complètera l'Université de Toulouse, qui comprendra alors quatre Facultés. A ce prix Toulouse conservera, parmi les grandes cités enseignantes du Midi, le premier rang que lui assignent naturellement sa position topographique, ses ressources scientifiques et une tradition trois fois séculaire. »

— Un décret en date du 28 juillet 1879 supprime la chaire de médecine légale à l'école secondaire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

— Un deuxième décret, à la même date, institue une chaire spéciale de médecine opératoire à la même école.

— Par décret en date du 29 juillet, M. le Docteur Labéda, précédemment titulaire de la chaire de médecine légale, est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine opératoire.

— Un décret du même jour nomme M. le Docteur Rességuet aux fonctions de délégué, chargé du cours de clinique externe à l'école de médecine de Toulouse, pour la chaire devenue vacante par le décès de de M. le professeur Batut.

Le Secrétaire du Comité de publication,

CAUBET.

Toulouse. — impr. DOULADOURE.

Septembre 1879. XIIIe année. No 9

REVUE MÉDICALE

DE TOULOUSE.

COEXISTENCE

D'UNE BRONCHITE CHRONIQUE ET D'UNE TOUX HYSTÉRIQUE.

Par M. A. JANOT.

Il n'est pas rare de rencontrer chez la même personne deux symptômes portant le même nom, mais n'ayant pas la même origine et se rapportant à deux affections essentiellement différentes.

C'est ainsi que j'ai assez souvent trouvé chez le même malade une toux catarrhale et une toux nerveuse, une toux de bronchite et une toux hystérique.

En voici un exemple remarquable :

Marie C..., âgée de vingt ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, née d'une mère robuste, d'un père dyscrasique, bien réglée à quinze ans, avait joui d'une santé passable jusqu'à l'époque où remonte cette observation.

Au mois de février 1878, elle vint avec sa mère me consulter dans mon cabinet, elle se plaignait d'une fatigue de poitrine assez grande et d'une toux très opiniâtre qui, ajoutait-elle, devenait de temps en temps comme convulsive ; elle était amaigrie ; la face était pâle et portait une expression de souffrance.

Ayant ausculté cette jeune fille, je constatai un peu de submatité dans les régions sous-claviculaires et dans les fosses sus-épineuses ; on entendait quelques râles sous-crépitants et muqueux dans les parties moyennes de la poitrine. Rien du côté du cœur.

La toux était fréquente, mais grasse ; il n'y avait jamais eu de crachement de sang, pas de sueurs nocturnes, pas de diarrhée ; l'appétit était notablement diminué ; l'expectoration qui se faisait facilement était franchement muqueuse.

Cet état n'offrait pas sans doute les signes caractéristiques d'une tuberculose confirmée ; mais la submatité des sommets engageait à faire des réserves pour l'avenir.

Ce qu'il y avait de certain dans le présent, c'était l'existence d'une bronchite chronique due à des refroidissements que la malade trop légèrement vêtue racontait avoir plusieurs fois essuyés, bronchite prenant de temps en temps un caractère comme convulsif ainsi que dans la coqueluche.

J'ordonne : sirop d'ipécacuanha à dose vomitive, deux fois à un jour d'intervalle ; vésicatoire volant *inter scapula ;* potion béchique le soir ; flanelle sur la peau ; régime substantiel, jus de viande, et au bout de quelques jours quand l'estomac sera plus dégagé et plus dispos, huile de foie de morue ; eau de goudron coupée avec le vin aux repas.

Sous l'influence de ce traitement, l'état s'améliore sans éprouver toutefois un changement radical, la toux diminue, l'appétit renaît, le sommeil revient, les forces augmentent ; cette situation continue quelque temps avec des alternatives de mieux et de rechutes qui paraissent souvent subordonnées aux vicissitudes atmosphériques ; les symptômes sthétoscopiques accusant encore de l'engouement pulmonaire, j'ordonne les eaux sulfureuses de Labassère le matin, le lait d'ânesse le soir, et après une interruption de quelques jours je fais reprendre l'huile de foie de morue à dose *massive*. Je dois dire que la fonction menstruelle s'exécute régulièrement et avec une abondance suffisante.

Cependant, vers le commencement de l'année 1879,

l'état de cette jeune fille présente des changements très notables et dignes d'être retenus : chaque jour vers midi, elle est prise d'une sorte de quinte extrêmement violente qui dure souvent une heure, quelquefois trois-quarts d'heure et rarement demi-heure.

Cette toux est tellement bruyante et suffocante qu'il n'est pas de coqueluche qui puisse lui être comparée, elle s'accompagne d'une sorte de strangulation hystérique bien connue et d'une espèce de hurlement tellement intense qu'au début de ces crises et avant qu'ils en connussent la cause, des voisins un peu éloignés ont pu croire qu'il se faisait dans la maison quelque accouchement des plus laborieux, ou qu'il se passait quelque scène d'intérieur des plus dramatiques. D'ailleurs, pendant ces crises, le pouls conservait son rhythme ordinaire. Le facies seulement était rouge et vultueux ; la malade agitait ses membres d'une manière capricieuse, et on apercevait à la partie antérieure du cou un gonflement caractéristique ; peu à peu la toux devenait plus rare, l'agitation diminuait, et tout ce fracas s'apaisait par des oscillations de plus en plus petites d'intensité et de durée.

Tous les moyens employés : révulsifs sur les extrémités ; antispasmodiques, castoréum, poudre de valériane, éther, aspirations d'odeurs nauséeuses ou aromatiques, chloroforme, chloral ; frictions sèches ou médicamenteuses, applications réfrigérantes, etc., étaient complètement impuissants ; ce qui paraissait seulement diminuer un peu la longueur des crises, c'était un petit verre de chartreuse. Quelquefois une sorte de rire incoercible terminait l'accès. Chaque soir, invariablement de six à sept heures, arrivait une nouvelle crise parfaitement identique à celle de midi. Cependant, la toux muqueuse ordinaire déjà décrite, non pas féroce et hurlante, mais douce et traitable, continuait dans la journée et dans la nuit.

Vu cette périodicité parfaitement établie, je prescris des pilules de sulfate de quinine renforcé de quelques nervins

les plus puissants : *asa fœtida*, *castoreum*. Ces pilules données pendant quelques jours par séries décroissantes, toujours dans l'intervalle des accès, semblent les amoindrir ; mais ce bien n'est ni complet ni durable, et après un léger amendement, les symptômes nerveux reprennent de plus belle.

Il n'eût pas été permis de ne pas essayer ici le bromure de potassium.

Quelque grande estime qu'on doive accorder à ce beau médicament, pour me servir de l'épithète de M. Fonssagrives, il faut bien avouer qu'on en a un peu abusé. Ce serait presque le cas de lui appliquer ce mot piquant de Trousseau, à une dame qui lui demandait si elle devait user de tel remède à cette époque très à la mode : *Madame, hâtez-vous de le prendre tant qu'il guérit.*

Pour cet agent comme pour l'arsenic, il y a un milieu raisonnable entre cette confiance sans limites qui le ferait appliquer à toute espèce de maladie, et une réaction d'injuste scepticisme qui le ferait plus tard presque délaisser.

Quoi qu'il en soit, j'essayai chez notre jeune fille le bromure de potassium; elle en prit deux fois par jour un gramme d'abord, et progressivement un gramme cinquante, deux grammes, une heure avant chaque repas, mais ce médicament fut sans résultat sérieux.

Presque découragé de la matière médicale, d'ailleurs l'hydrothérapie n'étant pas ici de mise à raison de l'état de la poitrine, j'essayai de recourir à la simple hygiène.

Les promenades, les distractions, même un petit voyage furent conseillés; il y eut bien, grâce à ces moyens, une certaine amélioration, mais très éphémère et sans importance.

Les accès de toux hystérique alternaient encore avec les accès de toux bronchique, qui cependant étaient devenus moindres après le traitement béchique et analeptique que nous avons déjà décrit et auquel nous avions ajouté l'hypophosphite de soude suivant la méthode de Churchill.

Enfin, voyant la persistance des souffrances intolérables

de la malade qui, sous l'influence des quintes de toux de midi et de six heures, ne pouvait même pas se nourrir, puisqu'elle vomissait presque tous les aliments, je me décidai, et cela sans le moindre espoir de succès, à employer le valérianate d'ammoniaque, préparé suivant la formule ci-dessous :

Eau distillée......................	95 grammes.
Acide valérianique..............	3 gr.
S. carbonate d'ammoniaque.......	q s pour saturer.
Extrait alcoolique de valériane.....	2 gr.

Mêlez.

J'ordonnai d'abord une cuillerée à café de ce médicament, matin et soir, une heure avant chaque repas, et pour mieux en juger les effets, la malade suspendit tout autre traitement. Elle prit très exactement ces deux doses pendant une semaine. Quatre jours ne s'étaient pas écoulés que les deux accès de midi et de six heures du soir avaient considérablement diminué, et vers le sixième jour avaient complètement cessé ; Marie C..... pouvait prendre ses deux repas sans aucun encombre, et elle jouissait d'un calme parfait.

Je lui ai fait continuer cette médication pendant une quinzaine de jours, et durant tout ce temps elle n'a pas eu un seul accès.

L'ayant interrompue pendant un mois, elle a continué à se trouver très bien ; elle n'a conservé que quelques quintes de sa toux catarrhale ; mais pouvant désormais s'assimiler les aliments qu'on lui sert, elle a repris de l'embonpoint et de la fraîcheur. Cependant, une crise est revenue, ce qui m'a engagé à lui ordonner de recommencer le remède encore aux mêmes doses.

J'ai appris ces jours derniers qu'elle se trouve dans un état très satisfaisant, bien que sur la foi de l'amélioration obtenue elle n'ait pas été très fidèle à recommencer son traitement avec régularité. Je dois ajouter que l'auscultation fait constater un changement très favorable dans les symp-

tômes qu'elle révélait du côté de la poitrine ; les râles ont disparu , la sonorité est presque normale et tout fait espérer que cette jeune fille pourra être considérée dans très peu de temps comme complètement guérie.

RÉFLEXIONS.

On pourrait faire de longs commentaires sur cette observation , se livrer à des analyses intéressantes d'après les recherches et les données de la physiologie contemporaine , s'appliquer , par exemple , à déterminer l'action respective des divers centres nerveux : appareil cérébro-spinal , système du grand sympathique, dans la production de ces deux actes parallèles mais à signification si diverse : d'un côté, la toux catarrhale , de l'autre, la toux hystérique , et pour l'une et pour l'autre en poursuivre les effets corrélatifs sur la circulation générale et locale par l'influence modifiée des nerfs vaso-moteurs ; mais j'aime mieux me contenter d'en déduire la conséquence clinique qui en découle naturellement.

Comme je le disais au commencement , les mêmes appareils organiques peuvent être le siège de deux phénomènes en apparence semblables , mais en réalité profondément différents , puisque l'un doit être attribué à une irritation arthritique , herpétique , tuberculeuse ou purement phlogistique , et l'autre à un état purement nerveux.

Pour le malade comme pour le médecin , il peut y avoir quelquefois des confusions regrettables : j'ai vu , il y a quelques jours seulement , une dame qui avait à la fois une amygdalite très facile à constater à la simple vue, et chaque soir, vers dix heures , une constriction spasmodique de la gorge au niveau des amygdales , qui faisait croire à cette personne douée d'une imagination très vive que l'inflammation envahissait toutes les voies aériennes et qu'elle ne pourrait bientôt plus respirer. Je lui fis comprendre de mon mieux que la crise nocturne qui l'inquiétait si fort était pu-

rement nerveuse ; quelques pilules de valérianate de quinine mêlées à de l'extrait d'aconit et administrées concurremment avec le régime antiphlogistique firent très promptement justice de ce spasme pharyngo-laryngien, dont les retours provoquaient une si grande terreur.

En résumé, nous formulerons comme conclusion les propositions suivantes :

1° La dénomination donnée à un phénomène morbide n'a qu'une importance relativement très légère à côté de sa nature intime que doit surtout rechercher le clinicien ;

2° Le symptôme nerveux marche assez souvent dans les maladies avec le même symptôme nominal, mais dû à toute autre affection, comme par exemple, l'irritation, le catarrhe, l'herpétisme ou toute autre ;

3° Le valérianate d'ammoniaque est un auxiliaire utile des autres préparations de valériane, et un médicament précieux qui peut être efficacement employé dans certains cas de névroses, où d'autres antispasmodiques puissants ont échoué.

EXOSTOSE FÉMORALE VOLUMINEUSE

RUPTURE DU TENDON DU DROIT ANTÉRIEUR.

Par M. le Dr TACHARD.

Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, du 14 juin dernier, le Dr V. Revillont disait, à propos des exostoses des adultes : « Bien proches, en effet, des ostéites, et spécialement des ostéo-périostites épiphysaires, sont ces exostoses qui, le plus souvent, surviennent également chez les adolescents, au voisinage des épiphyses, vers les mêmes

sièges de prédilection, et qui très fréquemment s'accompagnent, au début, d'un peu de douleur, de rougeur et de chaleur au point affecté. »

L'attention se portant actuellement sur cette question des exostoses des adultes, j'extrais de mes notes le cas suivant :

Le 25 avril 1878, je reçus dans mon service, à l'hôpital de Toulouse, le nommé D...., sous-officier au 18e d'artillerie, âgé de 21 ans. Il est grand, sa constitution est excellente et n'est entachée ni de syphilis, ni d'aucune autre diathèse.

Le jour de son entrée à l'hôpital, il m'est impossible de poser un diagnostic. Sa cuisse gauche présente une induration ligneuse dans toute la partie moyenne et inférieure; tout autour du genou il y a infiltration de sang, la jambe est le siège d'un œdème énorme ; au niveau du bord supérieur de la rotule, existe un sillon dans lequel le doigt s'enfonce transversalement comme dans le cas de fracture de la rotule.

Le malade n'a point de fièvre, sa température le jour de l'entrée est normale ; les fonctions digestives sont excellentes, rien à signaler du côté des poumons, rien dans les urines.

L'examen direct ne suffisant pas pour éclairer le diagnostic, en interrogeant le malade, nous apprenons que, deux mois avant son entrée, il se heurta en courant la partie antérieure et inférieure de la cuisse gauche contre l'angle d'un baquet de propreté.

Bien que cette contusion ait été trop violente, D... continue néanmoins son service; mais au bout de trois jours, le gonflement énorme qui s'est produit au point contus entrave la marche et le force à se présenter à la visite médicale.

Il fut dispensé des exercices à cheval, mais il dut continuer son service à pied ; aucun traitement ne fut institué, de sorte que pendant les deux mois qui suivirent, la douleur et la gêne dans la marche ne firent que s'accentuer.

Le mal continuant ainsi sourdement ses progrès, le membre arrive à acquérir les dimensions suivantes que nous relevons le jour de son entrée à l'hôpital, le 25 avril.

Cuisse gauche au point le plus saillant $0^{m}50^{c}$. Cuisse droite, dans le point correspondant $0^{m}46^{c}$. Genou gauche $0^{m}42^{c}$ de périmètre. Genou droit $0^{m}35^{c}$.

Ce fut un second accident qui motiva l'entrée de ce malade à l'hôpital. Depuis le commencement de sa maladie, D..... éprouvait une certaine faiblesse dans le membre malade ; il avait une grande difficulté en descendant les escaliers. Un matin, en descendant peut-être avec moins de précautions qu'à l'ordinaire, il ressent tout à coup une vive douleur, et s'affaisse sur lui. Il parvint à se relever et à marcher, mais cela avec les plus grands efforts, et sans pouvoir étendre la jambe. L'articulation du genou prit immédiatement un volume considérable résultant de l'épanchement de sang qui se produisit.

Il fut admis à l'infirmerie, où il ne séjourna que vingt-quatre heures, et entra à l'hôpital.

Tenant compte de l'âge du malade, en analysant les faits rapportés par lui et en les rapprochant des lésions constatées, je porte le diagnostic d'*ostéo périostite de l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale, compliquée de la rupture du tendon du triceps au niveau de son insertion rotulienne.*

J'institue le traitement suivant : repos au lit ; immobilisation du membre, frictions mercurielles et cataplasme *loco dolenti*, l'iodure potassium à l'intérieur.

Les jours suivants l'ecchymose se diffuse, et le 28 nous constatons déjà par la mensuration une légère amélioration.

Le genou gauche mesure.......... $0^{m}40^{c}$
La cuisse gauche.................. $0^{m}47^{c}$

Le 2 mai je fais appliquer un appareil silicaté qui reste en place jusqu'au 5 juin.

En levant l'appareil, je constate les faits suivants :

L'épanchement intra-articulaire s'est résorbé, l'œdème des membres ayant disparu complètement, et l'atrophie

musculaire s'étant produite, je constate l'existence d'une énorme exostose du fémur, occupant toute sa face antérieure, et s'étendant jusqu'à son tiers moyen. — Dans une consultation que nous eûmes à l'hôpital avec tous nos collègues réunis, je pose la question de savoir s'il faut intervenir directement, et réséquer cette exostose. L'étendue de la plaie qu'il faudrait faire, le voisinage de l'articulation, le peu de résultats que donnera cette intervention, le tendon du triceps étant divisé, nous font rejeter toute idée d'opération.

Le jeune homme étant de Bordeaux, je lui fais accorder un congé de convalescence; je l'engage à aller voir nos collègues de l'Hôpital militaire de cette ville, pour avoir leur avis.

Pendant qu'il était en congé, D... fait encore une nouvelle chute sur le genou gauche; elle fut comme la première fois suivie d'hydarthrose. A son retour de convalescence, les fatigues du voyage provoquent un épanchement qui nécessite encore son admission à l'hôpital, le 19 septembre.

D... resta à l'hôpital jusqu'au 4 janvier 1879, époque à laquelle je le fais réformer.

Le jour de la sortie de l'hôpital, j'écrivais dans mes notes les détails suivants : En mettant la jambe en flexion forcée sur la cuisse, on constate en arrière de la rotule une première dépression dans laquelle peut se loger le doigt, puis une saillie médiocre produite par les condyles fémoraux, et en arrière de celle-ci une seconde dépression. L'ensemble de cette ligne est assez bien figuré par un W dont on aurait arrondi les angles.

La cuisse au niveau de la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur présente une saillie considérable comme celle qui résulterait d'une consolidation d'une fracture de cuisse dans laquelle le fragment inférieur aurait chevauché sur le supérieur.

Si on fait étendre la jambe et qu'on pratique le palper, que l'atrophie des muscles de la cuisse rend particulièrement instructif, voici ce qu'on constate :

La coloration de la peau est normale ; sur la face antérieure de la cuisse on trouve une vaste exostose, dont la forme est bosselée, et qui va en s'amincissant de haut en bas.

Supérieurement elle fait au-dessus du fémur une saillie qui doit être de 3 centimètres environ, tandis qu'au niveau de la partie supérieure des condyles, elle ne forme pas de saillie applicable au toucher.

Cette exostose a environ 15 centimètres de longueur, occupe toute la face antérieure du fémur et empiète sur la face postérieure de l'os.

Elle commence au niveau de l'interligne épiphysaire.

Au point où s'arrête l'exostose, on trouve bien nettement séparé d'elle par une légère dépression un corps mobile, élastique à cheval sur l'extrémité inférieure du fémur. Ce corps mobile mesure environ 7 à 8 centimètres de longueur transversalement et 3 centimètres de hauteur.

Au-dessous de ce corps mobile, on sent directement sous la peau les condyles fémoraux ; et en faisant fléchir le membre, on reconnaît, non moins nettement, la gorge intercondylienne.

Plus bas enfin on trouve la rotule dont on peut saisir l'extrémité supérieure entre les deux doigts.

Disons enfin, pour terminer, qu'il existait encore trois autres petits corps intra-articulaires.

La mensuration nous a donné les résultats suivants :

Cuisse gauche, au point culminant......	0m 43c
Id. droite dans le point correspondant.	0m 46c
Genou gauche au-dessus de la rotule.....	0m 35c
Id. droit Id.................	0m 36c

L'extension du membre est complètement impossible. Pour y suppléer et pour rendre la marche moins pénible, j'ai modelé un appareil en gutta-percha, dont les deux parties prennent point d'appui sur la cuisse et sur la jambe, et sont réunies par des liens de caoutchouc qui viennent

suppléer en partie à l'absence des mouvements actifs d'extension du membre.

Grâce à cet appareil, la marche pouvait s'exécuter plus facilement.

Depuis cette époque, j'ai perdu de vue ce malade.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer ne viennent-ils pas confirmer les quelques lignes que nous empruntons au début de cette note à la *Gazette des Hôpitaux?* Selon nous, ils parlent assez haut pour n'avoir pas besoin d'y joindre de longs commentaires.

La contusion a provoqué chez ce jeune homme dont le tissu osseux était en pleine activité formatrice, une ostéo-périostite plastique.

Ce travail osseux a mis à son profit, ainsi que c'est la règle, tous les liquides nourriciers du membre, et a appauvri la nutrition dans les parties voisines ; de là, atrophie musculaire.

De plus, le frottement de cette masse osseuse a dû développer pendant sa marche sur la face profonde des muscles correspondants, cette irritation musculaire dont parlait M. Le Dentu à la Société de chirurgie, irritation qui a favorisé la rupture du tendon.

Lorsque le malade se présenta à notre observation, tout le mal était fait, nous n'avions plus qu'à enregistrer le cas, calmer les phénomènes inflammatoires et suppléer, à l'aide d'un appareil, aux fonctions perdues que nous ne pouvions plus avoir l'espoir de restaurer.

Le cas qui précède ne saurait être absolument comparé à ces exostoses qui se développent spontanément. Sa cause, sa forme, le travail inflammatoire qui a accompagné son développement, ses conséquences locales, tout contribue à lui assigner une place spéciale.

Nous hasarderons cependant une hypothèse. Les exostoses qui semblent se développer spontanément ne sont-elles pas dues aussi à une irritation locale, passagère,

peut-être légère et inconsciente, puisque le malade ne peut accuser aucun traumatisme? C'est au moins ce que nous serions tenté d'admettre en nous basant sur ce fait, qui présente, en quelque sorte, les caractères d'une véritable expérience.

DE LA RECHERCHE DU MERCURE DANS LES URINES

Par M. ALBERT TIMBAL-LAGRAVE.

(Suite.)

CHAPITRE IV.

Recherche chimique du mercure dans les urines.

Peu d'auteurs se sont occupés de la recherche du mercure dans les urines, et la plupart d'entre eux ont donné des procédés qui pèchent, soit par la longueur des manipulations, soit par le manque de sensibilité. Orfila et Neubauer et Vogel seuls citent des moyens de recherches. Neubauer et Vogel décrivent une méthode empruntée à Schneider, et qui, comme nous le verrons plus loin, donne des résultats très satisfaisants comme sensibilité et comme moyen d'exécution.

Avant d'adopter ou de rejeter les expériences de ces auteurs, il convient de faire appel à la toxicologie et de lui emprunter toutes les méthodes pour la recherche du mercure dans les urines. Nous prendrons chacune d'elles en particulier, afin de voir si l'application aux recherches dans l'urine est possible et surtout pour constater la sensibilité des résultats. Pour montrer jusqu'où peut aller cette sensibilité, nous dirons que nous sommes parvenu à déceler

la présence de 0,003 et même 0,002 milligrammes de mercure dans 7 litres 50 d'urine, en un mot toute la quantité de mercure éliminée par le malade dans 72 heures à raison de 2 litres 1/2 d'urine par 24 heures.

Ces différentes méthodes suivies avec le plus grand soin nous ont donné des résultats assez curieux pour que nous croyions de notre devoir de les reproduire dans tous leurs détails.

La première méthode suivie a été celle d'Orfila, le neveu de l'illustre chimiste, qui, dans sa thèse si remarquable, indiqua le moyen suivant pour rechercher le mercure dans les urines (*Th.*, *Elimination des poisons*, Paris, 1852) : « Après avoir laissé ces liquides déposer pendant un mois » ou deux, la liqueur a été décantée, et le dépôt, additionné » d'un peu d'eau distillée a été soumis à un courant de » chlore. Cette opération peut durer cinq, six, huit heures ; » mais il est indispensable de bien détruire la substance » organique. D'ailleurs, comme il y a du chlore en excès » dans le ballon qui contient cette matière, on bouche et » on laisse la réaction se continuer pendant vingt-quatre » heures ; alors on jette cette masse sur un filtre, on la » lave bien, et l'on doit obtenir une liqueur limpide ou » légèrement colorée en jaune. Cette liqueur est évaporée » en vase clos pour chasser le chlore et en même temps la » concentrer. »

C'est dans cette liqueur ainsi obtenue que M. Orfila recherche le mercure au moyen d'une lame de cuivre ; il considère ce moyen comme le plus sensible pour déceler le métal. Les expériences de M. Orfila, refaites avec le soin le plus minutieux, nous ont donné un résultat assez net, dans une urine normale, additionnée de 0,004 milligr. de sublimé corrosif ; la fine lame de cuivre portait une tache blanchâtre, qui, chauffée à la lampe, s'est complètement volatilisée. Avec les urines syphilitiques, nous avons pu constater le même résultat par le traitement de quatre à cinq litres d'urine.

La méthode décrite a le grave défaut d'être beaucoup trop

longue, le médecin a besoin de connaître le résultat des recherches promptement de façon à modifier ou à continuer les divers traitements. Ce procédé demande en outre une très grande quantité d'urine souvent très difficile à obtenir du malade ; sans cette précaution la lame de cuivre devient brunâtre, rougit, mais ne donne plus l'amalgamation caractéristique du mercure. Pour ces raisons, nous avons songé à appliquer aux urines le procédé indiqué par M. Personne pour rechercher le mercure dans le lait. Ce procédé, très long du reste, est assez important pour que nous le reproduisions ici dans toute sa teneur. Il a fallu faire évaporer une très grande quantité d'urine, nous avons agi sur le résidu sirupeux de 5 litres d'urine. Voici le résumé du procédé Personne décrit par M. Méhu (*Chim. médic.*, pag. 353, parag. 436) : «M. Personne conseille de faire passer dans
» le liquide un courant de chlore, jusqu'à ce que la subs-
» tance caséeuse soit rendue friable, puis de filtrer à froid.
» Le chlore en excès est éliminé du liquide par un courant
» d'acide sulfureux ou par un sulfite, et le mercure préci-
» pité par un courant de gaz acide sulfhydrique, en ayant
» soin d'opérer dans un flacon bouché. Le précipité que l'on
» obtient est lavé à plusieurs reprises par décantation,
» réuni dans une petite capsule, enfin desséché au bain-
» marie. On l'introduit ensuite dans un tube de verre peu
» fusible, fermé par un bout, on le recouvre de chaux vive,
» on étire l'autre extrémité. Le petit appareil est chauffé
» au rouge en commençant par la chaux et en finissant par
» le précipité. Il se dégage des vapeurs mercurielles qui
» donnent au contact de l'iode, du bi-iodure de mercure,
» et d'une lame de cuivre une tâche blanche ou grisâtre. »

Ici deux cas peuvent se présenter : ou bien ce liquide contient des iodures, ou bien nous avons à faire au bi-chlorure. Dans ce dernier cas, il est complètement inutile de faire passer le courant de chlore et de chasser l'excès de chlore par l'acide sulfureux ou par un sulfite. On pourra voir, aux premières bulles de gaz, si l'urine change de couleur ; dans

ce cas on aura à faire au bi-iodure. Nous avons remarqué que dans cette opération tout l'iodure n'était pas décomposé et que, pour obtenir son expulsion complète, il fallait ajouter à l'urine de l'eau chlorée et même de l'acide chlorhydrique. Nous avons songé à faire du chlore au sein du liquide en ébullition par du chlorate de potasse et de l'acide chlorhydrique. Dans le cas où l'on voudrait obtenir le mercure à l'état métallique, on pourrait mettre à l'extrémité de la chaux sodée une petite quantité de cuivre destinée à condenser l'iode qui pourrait agir sur le mercure dans la partie effilée du tube en verre vert. La méthode de M. Personne a été suivie de point en point dans la recherche du mercure dans les urines. Nous avons dû cependant lui faire subir quelques légères modifications. Ainsi, le passage d'un courent d'acide sulfhydrique pour former le sulfure de mercure produit un énorme dépôt de soufre, conséquence inévitable d'un excès de sulfite, de l'acide sulfhydrique en excès et de l'eau. Pour s'en débarrasser, il a fallu dissoudre cet excès de soufre dans le sulfure de carbone qui a laissé intact le sulfure de mercure. Dans le cas qui nous occupe, le sulfure de mercure tapisse le filtre et devient très adhérant par la dessiccation de ce dernier à l'étuve. Après la dessiccation, il faut gratter le papier avec une lame très effilée. On est sûr par ce moyen de bien recueillir tout le sulfure formé.

Pour vérifier le procédé de M. Personne, nous avons employé 0,003 milligrammes de bi-chlorure de mercure dans 3 litres d'urine. Nous avons obtenu un très beau résultat, l'anneau était très visible, il nous a été très facile de le faire changer de place par la chaleur.

Dans une deuxième expérience, nous avons acquis la conviction que ce procédé est sensible à 0,002 milligrammes. Nous proposerions le procédé de M. Personne comme un des plus sûrs dans la recherche du mercure dans les urines, si n'étaient la longueur des manipulations et le soin extrême qu'il faut apporter dans toutes les expériences. Il

n'en reste pas moins que la méthode décrite par M. Personne mérite d'être signalée comme une des plus sûres dans la recherche du mercure dans les urines.

Avant de décrire les méthodes de recherche par l'électrolyse, nous devons citer le procédé *Kletzinski*, reproduit et combattu par *Nenbaner* et *Vogel* (*De l'Urine*, page 159).
« Ce chimiste évapore à sec les urines traitées par le chlo-
» rate de potasse et l'acide chlorhydrique et, pour enlever
» le sublimé, il traite le résidu par l'éther. »

Schneider (*Repl. chim.*) combat très vivement ce procédé
« parce que du bi-chlorure de mercure, uni aux chlorures
» alcalins, sous forme de sels doubles, peut être contenu
» dans le résidu ; mais ces combinaisons sont presque in-
» solubes dans l'éther et, pour cette raison, on ne peut
» pas enlever le sublimé avec l'éther dans des résidus
» d'urine si ceux-ci sont complètement desséchés. » Nos expériences n'ont pu que confirmer les observations de Schneider. Quatre grammes de liqueur de Wan Swietten, qui représentent environ 0,004 de bi-chlorure de mercure, ajoutés à une urine normale, n'ont fourni qu'une tache très légère. La même opération dans une urine contenant du mercure par élimination ne nous a donné aucun résultat certain ; les variations extrêmes du procédé le font bannir à tout jamais des méthodes à employer dans les recherches qui nous occupent.

De tous les procédés employés, l'électrolyse est sans contredit le plus sûr et en même temps le plus sensible. Les divers traités sur l'analyse des urines sont à peu près muets sur cette importante question. Seuls, Neubauer et Vogel en ont parlé avec quelque développement. Ces auteurs se sont bornés à décrire la méthode de Schneider, tirée de « *Ueber das chemische und electrolythiche Verhalten der O'uesksilbers in thierischen substauzen.* » (Vienne, 1860), en y ajoutant d'importantes modifications. Voici la marche de ce procédé ; « Dans chaque litre d'urine à essayer, on
» dissout 5 grammes de chlorate de potasse, on mélange avec

» de l'acide chlorhydrique jusqu'à réaction fortement » acide, et l'on chauffe au bain-marie. Si pendant l'opé- » ration le liquide prend une couleur foncée, il faut » ajouter une nouvelle quantité de corps oxydant; mais, » dans tous les cas, chauffer jusqu'à ce qu'un échantillon, » après addition d'acide chlorhydrique, n'exerce plus » d'action décolorante sur les substances colorées. Il n'y a » aucun avantage à pousser l'évaporation de l'urine jusqu'à » cristallisation de ses sels, car s'il est concentré à ce » point, le liquide prend une coloration foncée. En outre, » Schneider s'est assuré, par un grand nombre d'expé » riences, que les dissolutions si fortement concentrées ne » sont pas convenables pour l'électrolyse. Schneider se » servait, pour ses expériences, de la quantité totale de » l'urine de trois à six jours (7 à 15 litres), qui était ensuite » évaporée au bain-marie, au 1/7 ou 1/8 après addition de » chlorate de potasse et d'acide chlorhydrique. Pour » l'électrolyse de ce liquide, Schneider se sert d'une pile de » *Smée* de six éléments (toute autre pile à courant constant » peut naturellement tout aussi bien servir); le pôle positif » de cette pile consiste en une lame de platine large de » quatre centimètres et le pôle négatif en 1 fil d'or de 1 mil- » limètre de diamètre, dont l'extrémité élargie est ovalaire » à 2 millimètres de large. Afin de limiter la séparation du » mercure sur une surface aussi petite que possible, l'élec- » trolyse fut effectuée dans un vase plus large que haut. » L'opération dura de 18 à 24 heures. » A l'aide de son procédé, Schneider (*Rep. chim. pure*, page 290) déclare qu'il suffit de 0,005 milligrammes de chlorure mercurique dissous dans un litre 5 d'eau acidulée pour produire sur l'or une tache blanche sur laquelle on peut reconnaître le mercure. Les expériences de Schneider, si minutieusement décrites par Neubauer et Vogel, ont été reprises avec soin et nous avons pu constater combien cette méthode est sûre et précise; dans le cas d'urines pathologiques, contenant le mercure à l'état de bi-chlorure, nous avons pu retrouver

le métal avec la plus grande facilité. Nous croyons même que Schneider, en admettant que la sensibilité de son procédé ne dépasse pas 0,005 milligrammes, est au-dessous de la vérité, le procédé est au moins sensible à 0,003 milligrammes; vu l'ennui de se procurer une *pile* de Smée et la *difficulté d'avoïr du platine*, nous avons songé à apporter quelques modifications à la méthode de Schneider. Voici la marche que nous avons suivie dans ces expériences : 1 centigramme de bi-chlorure de mercure a été dissous et mêlé à 10 parties d'urine normale ; une de ces parties évaporées a été traitée par l'électrolyse au moyen d'une pile de Bunsen de moyenne force, les deux pôles de la pile terminés par deux lames d'or. Ces lames doivent être excessivement minces et très allongées, de façon à ce que l'or seul soit plongé dans l'urine rendue conductrice par l'acide chlorhydrique. Il est préférable d'employer deux lames d'or et non une lame de platine au pôle positif, et une lame d'or au pôle négatif, comme dans le procédé de Schneider, parce qu'à quantités égales de mercure l'amalgamation au moyen des deux électrodes en or semble plus rapide et, par ce moyen, l'on n'a pas besoin d'un courant aussi intense. Nous avons successivement ajouté des parties d'urines traitées comme précédemment jusqu'à ce que la petite plaquette d'or se ternisse pour s'amalgamer ensuite. Le courant a été maintenu de 18 à 20 heures, de façon à obtenir entièrement le mercure sur la plaquette d'or. En renouvelant ces expériences, nous avons pu reconnaître que l'on peut trouver de 0,004 à 0,005 milligrammes de bi-chlorure de mercure dans 10 litres d'urine. Nous avons opéré de même pour la recherche du bi-iodure de mercure. Ici comme dans les cas précédents, il a fallu commencer par expulser l'iode, soit par le chlorate de potasse et l'acide chlorhydrique, soit en évaporant l'urine et faisant passer un très fort courant de chlore gazeux; soit, enfin, comme le conseillent Neumaner et Vogel (*De l'Urine*, page 159), en chauffant le liquide au bain marie et l'additionnant peu à peu d'acide

sulfurique saturé d'acide azoteux. L'urine traitée ainsi a été soumise à la pile ; au bout de six heures, nous avons pu voir la plaque d'or du pôle négatif complètement amalgamée. En opérant comme pour le bi-chlorure, il a été facile de constater que l'on peut déceler de 0,003 à 0,004 milligrammes de mercure.

Une fois ces résultats obtenus, il nous reste à décrire la méthode suivie pour reconnaître si l'amalgame est produit par le mercure ou par tout autre métal. La lame d'or est mise dans une capsule avec de l'acide chlorhydrique bouillant et essuyée avec soin ; l'amalgamation paraît alors tout à fait nette. On soumet ensuite la lame au traitement décrit par Neubauer et Vogel *(De l'Urine*, page 158). « On » introduit le fil d'or dans un tube de verre nettoyé avec » soin; ce tube est étiré à une extrémité en un prolon- » gement capillaire et ensuite fermé à la lampe à l'autre » extrémité. On chauffe au rouge, dans toute sa longueur, » la partie du tube la plus large et contenant le métal ; si, » au bout de cinq minutes environ, un dépôt s'est produit » sur la partie froide du tube, on le chasse en chauffant » dans la partie capillaire et l'on chauffe encore le métal » afin de s'assurer s'il ne se forme pas un nouveau su- » blimé. Maintenant, on sépare par fusion la portion du » tube contenant le métal de l'extrémité capillaire, de telle » sorte qu'il reste sur celle-ci une courte portion du tube » large sous forme d'un renflement analogue à un bal- » lon. »

» Après le refroidissement, on ouvre le renflement en » pinçant l'extrémité étirée en pointe; ensuite, avec un fil » de verre, on y introduit un peu d'iode et l'on ferme de » nouveau. La vapeur d'iode monte dans la partie capil- » laire du tube et elle disparaît dans les parties où il y a » du mercure ; en outre, suivant la quantité de l'iode intro- » duit, on voit apparaître des anneaux bruns, rouges ou » jaunes. Si l'on chauffe avec beaucoup de précaution les » anneaux bruns, l'iode qu'ils renferment se vaporise et il

» reste des anneaux rouges d'iodure de mercure. » Le procédé décrit par Neubauer et Vogel est d'une délicatesse d'exécution extrême ; il demande, en outre, une habileté de main d'autant plus grande que, la première opération manquée, il faut impitoyablement recommencer toute la série des expériences. Il est essentiel d'user de cette méthode dans les cas où l'on recherche de très petites quantités de mercure. Si, au contraire, les urines sont riches en métal, « on n'a qu'à chauffer la plaque d'or dans un tube fermé » par un bout en effilant l'autre extrémité en un tube capil- » laire ; par l'action de la chaleur, le mercure quitte l'or » et se condense dans les parties froides du tube. » (Wurtz, *Diction. chim.*, fasc. 73, pag. 367).

Si, avant d'effiler la partie ouverte du tube, on introduit une parcelle d'iode et que l'on chauffe en présence de la lame amalgamée, on aperçoit quelques instants après un anneau jaune rouge d'iodure mercurique dont on peut, à la loupe, distinguer très facilement les petits cristaux. Vus au microscope, ils apparaissent sous forme d'octaèdres, se rapprochant, par leur assemblage, de la cristallisation du sel ammoniaque.

M. Roussin emploie un autre moyen tout aussi sensible que celui que nous venons de décrire et qui donne aussi d'excellents résultats : « il a pris un tube capillaire, couvert » d'émail blanc sur la moitié de sa surface et semblable à » ceux dont on fait usage pour la construction des thermo- » mètres. Après avoir soufflé à la lampe deux petits renfle- » ments, distants l'un de l'autre de 10 centimètres environ, » on façonne l'un d'eux en petit entonnoir et l'on y intro- » duit le petit globule mercuriel. En chauffant modérément » l'autre boule fermée et refroidissant ensuite, on déter- » mine l'entrée du mercure dans le trou capillaire, où il » occupe ainsi une étendue appréciable souvent longue de » plusieurs centimètres. Le petit entonnoir est ensuite fermé » à la lampe. On possède ainsi une colonne de mercure » qu'on peut faire voyager dans toute la longueur du tube,

» suivant qu'on chauffe ou qu'on refroidit telle ou telle » boule des extrémités. »

Cette méthode, qui est très difficile d'exécution, demande une énorme habitude du laboratoire. M. Roussin l'a appliquée avec succès surtout à la recherche du bi-chlorure de mercure, mais elle ne trouve un bon emploi que dans le cas où l'on a pu isoler assez de mercure à l'état globulaire.

Ces données une fois acquises, nous avons cherché à appliquer cette méthode aux urines des syphilitiques traités par les sels mercureux ou mercuriques. Dans ces diverses opérations, de 2 à 4 litres d'urine ont été employés pour obtenir l'amalgamation de la lame d'or pour le sujet 1, et 2 à 6 et à 7 litres pour le sujet 2. La lame d'or soumise au traitement décrit plus haut a fourni, dans les deux cas, des anneaux rouges de bi-iodure de mercure parfaitement visibles à l'œil nu.

Nous avons vu dans la première partie de ce travail quelles conclusions on peut tirer de ce fait (1). Les expériences sur les différents sujets ont été répétées plusieurs fois, et chaque fois il a fallu plus ou moins d'urine pour obtenir l'amalgamation. La dernière expérience faite a nécessité l'évaporation et le traitement par le chlorate de potasse et l'acide chlorhydrique de 7 litres d'urine. Il est donc évident que la dose de mercure éliminée est très variable et doit dépendre d'une foule de conditions spéciales de l'économie. Nous avons pu, par le procédé indiqué, constater toutes ces alternances dans l'élimination du mercure avec une très grande facilité.

Avant de passer à d'autres procédés, il est de notre devoir de reproduire le procédé suivant de M. Dorvault (*Officin.*, pag. 1032). L'auteur, dans sa toxicologie du mercure, propose « de carboniser les matières desséchées par leur poids » d'acide sulfurique pur et de verser du chlorure de chaux

(1) Voir chapitre 2, p. 426.)

» dans le liquide noir de la carbonisation. En agitant le
» mélange, la matière blanchie, ayant l'aspect d'une
» terre calcaire, est humectée à froid avec de l'alcool absolu,
» recueillie et lavée sur un filtre. Le liquide filtré est con-
» centré et soumis à la pile de Schneider ». Nous avons fidèlement refait ces expériences sur des urines additionnées de mercure. L'amalgamation était évidente, après 20 à 25 heures, au moyen de 0,009 milligrammes de bi chlorure de mercure dans 10 parties d'urine. Mais, quand nous avons voulu refaire ces expériences sur des urines pathologiques, il a été presque impossible de retrouver le mercure. Une seule fois seulement nous avons obtenu une très faible amalgamation dans des urines syphilitiques. C'est donc une méthode assez infidèle que l'on doit rejeter dans la recherche du mercure dans les urines.

Après avoir constaté les succès de l'électrolyse dans la recherche du mercure dans les urines, nous avons pensé à une méthode plus commode, ne nécessitant pas la vigilance continuelle du pharmacien. C'est la méthode de Smithson, qui est venue d'elle-même s'imposer à notre esprit. A l'aide de cette méthode, l'appareil monté, le pharmacien peut vaquer à ses occupations et ne revenir que pour examiner la pile et constater si, oui ou non, l'amalgamation a eu lieu. Dans le procédé de Schneider, tout le succès dépend, au contraire, non seulement de l'intensité du courant, mais encore de sa constance. Voici, en peu de mots, la méthode de Smithson (Tardieu, *le Poison*, pag, 578) : « On enroule
» en forme de spirale une petite lame d'or autour d'une
» lame épaisse d'étain pur, de manière que les spires ne se
» touchent pas, et laissent à découvert une partie de la
» lame d'étain. Cette petite pile est déposée dans le liquide
» à essayer, préalablement rendu acide par l'acide chlorhy-
» drique. Au bout de quelques heures, le mercure s'est
» exclusivement porté sur l'or qu'il a blanchi. »

Nous avons un peu modifié le procédé de Smithson et, suivant les conseils d'Orfila, la lame d'étain a été remplacée

par un morceau de fer parfaitement poli; on évite ainsi que, sous l'influence des acides forts, une petite portion d'étain n'entre en dissolution et ne se précipite sur l'or qu'elle peut blanchir. La lame d'or est amincie presque comme un fil, de façon à permettre d'augmenter le nombre des spires sur une longueur donnée. Telle est la petite pile qui va servir à nos recherches.

Au lieu d'employer l'appareil ordinaire de Smithson, qui permet au liquide de couler goutte à goutte après être passé sur la pile, il est préférable, dans la recherche du mercure dans les urines, d'employer un très grand entonnoir de verre d'une capacité de 2 litres environ dont la douille est munie d'un robinet ne permettant, une fois ouvert, qu'un écoulement très petit; on mettra la pile au fond de l'entonnoir que l'on remplira de l'urine à analyser. L'urine devra préalablement avoir été évaporée à moitié, puis traitée par un courant très prolongé de chlore gazeux. Dans le cas où l'on a affaire au bi-chlorure de mercure, on peut se dispenser de faire passer le courant de chlore; on ajoutera seulement, après l'évaporation, de l'acide chlorhydrique pour rendre l'urine conductrice. Nous avons cherché quelle pourrait être la sensibilité de ce procédé; nous avons reconnu que ce procédé, bien plus que le précédent, est tout aussi sensible. En effet, nous avons pu trouver de 0,002 à 0,003 milligrammes de mercure ajoutés à 10 parties d'urine normale. Cette méthode demande cependant quelques petites précautions : il faut surtout laisser très longtemps l'urine en contact avec la pile avant d'ouvrir le robinet. Ce contact doit durer au moins de 14 à 16 heures. Il faut, dans le cas où l'on emploierait la lame d'étain au lieu de la lame de fer poli, ne pas mettre un excès d'acide chlorhydrique.

Enfin, si les urines contiennent un peu de dépôt, il faut ne pas l'enlever par filtration et laisser l'urine telle qu'elle est éliminée par le malade. Dans le cas où la lame d'étain aurait été employée, il faut toujours, une fois l'opération

faite, dessouder délicatement la lame d'or et la traiter par l'acide chlorhydrique bouillant; s'il y a de l'étain sur la lame d'or, elle jaunit ; s'il y a seulement du mercure, elle reste blanche. La lame d'or sera alors traitée comme pour le procédé de Schneider, afin de s'assurer de la présence du mercure. Par ce traitement, nous avons pu déceler la présence du mercure dans 3 litres d'urine pour certains sujets observés. De même que pour le procédé de Schneider, nous avons pu voir, à la plus ou moins grande intensité de l'amalgame, les fluctuations dans la quantité de mercure éliminée, fluctuations d'autant plus sensibles que la surface de l'or est plus considérable. Nous avons remarqué, en outre, que l'amalgamation commence plus tôt dans la méthode de Smithson que dans celle de Schneider. L'entière précipitation du métal est peut-être plus longue, comme l'a très judicieusement dit Tardieu ; mais, dans le cas d'urines où l'on n'a à compter que par milligrammes, c'est tout ce qu'il en faut pour déceler le mercure d'une manière positive. M. Dorvault en traitant de la toxicologie du mercure (*Officin.*, pag. 1033), conseille avec Van der Brock de substituer une lame de platine à la lame d'or de la pile de Smithson. D'après ces auteurs, ce métal n'étant pas perméable pour le mercure ne le fixe que superficiellement et l'abandonne plus facilement lorsqu'on fait intervenir la chaleur. Ce procédé peut être plus sensible et plus commode dans la recherche de grandes quantités de mercure ; mais, quand on n'a que des milligrammes à rechercher, la lame d'or est préférable ; car on peut constater immédiatement s'il y a amalgamation ou non. En recherchant le mercure dans les urines avec la pile modifiée par Van der Brock, nous n'avons pu déceler que 0,004 à 0,006 milligrammes, après 9 à 10 heures de contact. Nous avons cherché à modifier le procédé en prenant le résidu sirupeux de l'urine, le traitant par l'acide sulfurique, ainsi que l'indiquent MM. Flandin et Danger, et carbonisant. « Après ces premières opérations, on réduit le » charbon en poudre, on le traite par l'eau régale et l'on

» évapore la liqueur jusqu'à siccité ; le résidu, repris par » l'eau et filtré, est soumis à un courant d'hydrogène sulfuré, on sépare le précipité par décantation, on le lave, on » le traite à chaud par l'acide azotique ; l'excès d'acide étant » chassé, on traite par l'eau, on filtre au papier, et le liquide » filtré est soumis à la pile de Smithson. » Ces opérations sont longues et minutieuses ; et les résultats obtenus ne nous ont pas paru plus précis que par les opérations décrites plus haut. Il faut au contraire opérer sur de plus grandes masses d'urine pour obtenir des précipités à peu près maniables. Le moyen ordinaire par le chlore naissant ou simplement par l'acide chlorhydrique, dans le cas d'un bi-chlorure, nous paraît le plus simple et en même temps d'une précision bien suffisante.

RÉSUMÉ

Il ne nous reste plus maintenant qu'à résumer brièvement le travail précédent.

CHAPITRE PREMIER. — Dans ce chapitre consacré à l'historique de la question, nous avons successivement parlé des différents auteurs qui ont émis des opinions sur le passage du mercure dans les urines. Le mercure passe dans les reins et par suite dans les urines qui sont la principale voie d'élimination. Quant à la durée de l'élimination totale, nous avons vu qu'elle s'opère dans un délai qui varie de 15 jours à trois semaines.

CHAPITRE II. — Il est entièrement consacré à l'étude des transformations du mercure dans l'organisme et des trois états sous lesquels on le rencontre dans les urines :

1° Albuminate d'oxyde de mercure et mercure métallique ;
2° Bi-chlorure de mercure ;
3° Bi-iodure de mercure.

Chapitre III. — Il est relatif à l'*albuminurie dite mercurielle*, dont nous n'avons malheureusement pu constater qu'un seul cas. S'agit-il là de l'albuminurie ordinaire ou bien d'une forme spéciale ? La question reste à résoudre.

Chapitre IV. — Il contient le résumé de tous les procédés mis en œuvre pour constater la présence du mercure dans les urines. Nous avons vu que les moyens les plus rapides et les plus sûrs sont empruntés à l'électrolyse ; enfin, que c'est la méthode de Smithson qui donne les résultats les plus satisfaisants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE.

Séance du 1er août.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, Mauri, Saint-Plancat, Cazac, d'Auriol, Timbal-Lagrave fils, Dazet, Faurès, Couseran, Giscaro, *secrétaire général.*

La lecture du procès-verbal de la séance précédente a été ajournée.

La correspondance imprimée comprend, outre les publications périodiques habituelles, les Mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse, année 1878.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Basset, qui, porté à l'ordre du jour pour payer son tribut académique, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et demande un renvoi à une prochaine réunion.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour : M. Timbal-Lagrave fils, appelé à présenter son tribut académique, propose d'intervertir l'ordre du jour et d'entendre d'abord la lecture de M. Parant, candidat résidant.

Cette proposition ayant été adoptée, M. le docteur Parant est introduit et lit son mémoire intitulé : ***Etude sur la paralysie générale consécutive à l'ataxie locomotrice.***

MM. Terson, Jougla et Garipuy ont pris séance.

Après la lecture de M. Parant, la Société, appelée à voter sur la suffisance du travail, se prononce à l'unanimité pour l'affirmative.

La commission chargée d'examiner cette candidature est composée de MM. Marchant, Molinier, Delaye, Saint-Plancat et Jougla.

M. Timbal-Lagrave fils lit son tribut académique intitulé : ***Analyse du liquide provenant d'un kyste traumatique observé et opéré par M. Tachard, chez un homme ayant reçu un coup de pied de cheval.***

MM. Roque-d'Orbcastel et Caubet ont pris séance.

La lecture de M. Timbal-Lagrave est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. Saint-Plancat, Mauri et Faurès.

M. le président remercie M. Timbal-Lagrave au nom de la Société.

Après un court débat sur une question de règlement, la séance est levée à 5 heures 50.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois d'août 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

La constitution médicale a présenté ce mois-ci les mêmes caractères que pendant le mois précédent ; et c'est par conséquent à la cholérine qu'elle emprunte encore son cachet spécial. Nous faisions prévoir ce résultat dans notre dernier rapport ; et les

chaleurs excessives qui ont marqué la fin du mois de juillet ont persisté pendant tout le mois d'août ; c'est ce qui explique la grande mortalité qui a sévi sur les jeunes enfants. Ainsi il est mort 107 jeunes enfants d'un jour à un an, et sur ce nombre 74 ont été frappés par la cholérine. C'est déjà plus du tiers du chiffre des décès, qui s'est élevé à 320. Si à ce chiffre de 107 vous ajoutez les autres enfants un peu plus âgés qui figurent dans les colonnes de la diarrhée, de la dyssenterie et de la cholérine, et qui sont au nombre de 32, vous arriverez à un total, réellement désolant, de 139 petits êtres mourant au début de la vie.

Nous ne cesserons de répéter que les dangers que courent les jeunes enfants pendant les chaleurs de l'été sont singulièrement accrus par l'incurie des parents et trop souvent par l'intervention maladroite et trompeuse de gens qui se chargent de donner des conseils sans savoir ni pouvoir juger les différentes phases d'une maladie et modifier le traitement suivant ces phases.

Les affections intestinales ont aussi frappé les adultes, et neuf ou dix en sont morts. Un cas violent de cholérine a fait croire un instant que l'on se trouvait en présence d'un choléra-nostras. Il n'en a rien été. Les accidents se sont bientôt calmés, et la malade a guéri.

La fièvre typhoïde s'est assez souvent offerte à votre observation, et parfois avec des symptômes alarmants. Aussi a-t-elle fait huit victimes. Elle a frappé tous les âges.

Les affections catarrhales sont ici à l'état endémique. Nous trouvons onze décès dus à la pleuropneumonie.

Les rhumatismes sont assez fréquents, et ont été suivis quatre fois de mort.

Vous avez eu à traiter bien des malades atteints d'affections éruptives sans gravité.

Plusieurs d'entre vous ont cité des cas d'hémorrhagies diverses, mais n'ayant pas entraîné la mort.

Il y a eu en outre plusieurs cas de métro-péritonite mortels en déhors de l'état puerpéral.

En résumé, nous dirons que la constitution médicale présente des caractères très graves en ce qui concerne les jeunes enfants ; elle est au contraire favorable aux adultes.

OBSERVATIONS météorologiques et nature des causes
l'Etat civil pendant le

Altitude : 146 m.

DATES.	Pression atmosphérique.	Température de la journée. max	min	Humidité relative.	Pluie ou neige	Vents	Variole. H.	F.	Rougeole. H.	F.	Scarlatine. H.	F.	Erysipèle. H.	F.	Fièvre typhoïde H.	F.	Rhumatisme. H.	F.	Diphthérite ou croup. H.	F.	Tuberculisation. H.	F.	Vieillesse. H.	F.	Enfants d'un j. à un an
1	751, 3	33	19	40	.	SSO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	1	3
2	751, 0	33	19	74	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	3	2
3	752, 0	33	19	47	0,5	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	1	.	1
4	750, 9	28	19	51	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	7
5	752, 2	30	18	60	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	3
6	754, 8	28	18	60	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	6
7	754, 9	27	16	61	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	1	1	.	.	4
8	755, 0	28	14	57	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	2
9	755, 8	29	16	60	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	1	.	4
10	754, 9	29	18	60	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	3
11	749, 0	35	17	74	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	4
12	748, 0	35	21	46	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	1	3	2
13	750, 0	35	21	58	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	2	5
14	753, 5	27	20	58	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2
15	752, 2	25	18	69	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	2
16	752, 0	22	18	65	0,2	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	5
17	753, 8	25	13	62	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	4
18	752, 0	28	13	56	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	7
19	753, 0	30	16	67	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	5
20	750, 0	35	19	55	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	1	.	.	.	4
21	745, 3	33	18	61	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	4
22	751, 5	26	21	74	.	NE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1	1	.	2
23	753, 0	30	17	74	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	1
24	756, 0	27	18	61	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	1	3	.	2	2
25	756, 0	28	16	82	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	3	.	4
26	754, 0	28	16	78	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	.	1	5
27	752, 2	33	16	75	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	1	3	4
28	752, 0	34	18	66	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	3
29	752, 0	30	20	70	.	NE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	3	.	1
30	751, 6	30	20	74	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	4
31	754, 0	26	19	74	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
MOYENNES DU MOIS :	752,57	30	18	63	0,02		.		.		.		.		8		4		3		33		43		407

Total général des décès........

de **DÉCÈS** *à Toulouse, d'après les déclarations faites à*
mois d'Août **1879.**

Population ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants.		Hémorrhagie cérébrale.		Paralysies.		MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE — Pleuro pneumonies		Bronchites		Chroniques		CIRCULATOIRE — Aiguës		Chroniques		DIGESTIF — Diarrhées. dysenterie.		Cholérine.		Suites de couches.	Affections chirurgicales		MORTS VIOLENTES — Accidentelles.		Volontaires.		Causes diverses.	
H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	1	1	.	2	1
.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	1
.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.
1	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	2
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	1	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	3	.
.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	.	.	.	1
4		6		3		11		3		5		.		4		10		29		1	6		6		1		39	

…mes....... 94
…mes .... 119 } 320
…es enfants.. 107

Naissances..... { Garçons......... 136 / Filles.......... 112 } 248

Mort-nés ...... { Garçons........ 6 / Filles......... 8 } 14

CHRONIQUE.

L'Association française pour l'avancement des sciences a tenu sa huitième session à Montpellier, cette année, du 28 août au 4 septembre. Il serait impossible de faire l'énumération même sommaire des nombreuses et importantes communications produites dans les séances de sections. La section des sciences médicales comptait parmi les plus suivies et ses programmes quotidiens étaient abondamment pourvus.

A la séance générale de clôture il a été procédé à l'élection du vice-président pour l'année 1880, celui-ci devant présider le congrès de 1881. Nous avons assisté avec une véritable joie à la nomination de M. Chauveau, correspondant de l'Institut de France et de l'Académie de médecine de Paris, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, directeur de l'Ecole vétérinaire de cette ville. C'est avec un légitime orgueil que le corps médical enseignant compte dans ses rangs cet éminent physiologiste ; c'est aussi un honneur pour l'Association française d'avoir appelé à la présidence un homme dont le nom est universellement estimé dans le monde savant.

L'Association qui doit tenir ses assises à Reims en 1880, a choisi pour siège de sa session de 1881 la ville d'Alger. Toulouse s'était mise sur les rangs, mais elle ne pouvait l'emporter sur la capitale de notre France africaine. Notre tour est proche cependant, et nous ne craignons pas d'assurer qu'un des plus prochains congrès de l'Association française se tiendra dans notre cité.

— M. Ferry, ministre de l'instruction publique, a séjourné à Toulouse les 18, 19, 20 septembre. Il était accompagné de M. Dumont, directeur de l'enseignement supérieur. Le ministre a voulu voir de ses yeux nos ressources et apprécier la légitimité de nos aspirations. Nous sommes certains que cette visite sera féconde pour notre future université régionale. Le ministre n'a pas caché sa satisfaction et aussi son étonnement de voir l'opinion publique si ardente pour la cause de l'Université de France, de constater la perfection de tous les travaux préparatoires de nos facultés, aujourd'hui complets, et qui n'attendent que le jour très prochain de l'exécution.

Il est parti convaincu que la ville de Toulouse était digne de reprendre son ancien rang de ville universitaire, et il a promis que les libéralités de l'Etat et l'appui du ministère ne feraient point défaut à l'entreprise patriotique dont notre municipalité poursuit la réalisation.

Le Secrétaire du Comité de publication,

CAUBET.

Toulouse, Impr. Douladoure, rue Saint-Rome, 39.

Octobre 1879. XIIIe année. No 10

REVUE MÉDICALE
DE TOULOUSE.

CÉPHALOTRIPSIE INTRA-CRANIENNE.

TÉRPAN OBSTÉTRICAL ;

Par le docteur MOLINIER.

Il y a sept années, dans cette enceinte eut lieu une discussion intéressante à la suite de la communication que vous fit M. le docteur Caussé, notre correspondant d'Albi. Il s'agissait, vous vous en souvenez, Messieurs, d'un très heureux cas d'opération césarienne dans lequel notre distingué collègue eut la double satisfaction, après avoir sauvé la mère, de vous présenter la fille qui lui devait la vie et portant très à propos le nom de Césarine.

La question de l'embryotomie fut agité, et en particulier la céphalotripsie, poussée aux dernières limites par l'école de Paris, c'est-à-dire dans des rétrécissements du bassin de moins de six centimètres (deux pouces), fut soutenue par un élève du professeur Pajot, notre collègue résidant, M. Huet.

Parmi les diverses opinions émises, l'accord se fit sur ce point que, pour introduire les instruments, il fallait que le détroit supérieur du bassin de la femme en couches laissât assez de liberté pour la main de l'accoucheur qui doit toujours accompagner le perce-crâne, les branches du céphalotribe, ou le crânioclaste de Simpson.

M. Caussé insistait beaucoup sur cet argument qu'à travers un diamètre droit de six centimètres et demi il aurait

eu beaucoup de peine à manier le céphalotribe, instrument assez massif et qui d'ailleurs, quand il ne blesse pas l'utérus, laisse souvent glisser la tête entre ses branches sans en avoir opéré la réduction.

J'ai eu plusieurs fois, dans ma pratique des accouchements, occasion de vérifier ces faits et, malgré l'autorité de Pajot, il m'a paru que la céphalotripsie répétée sans traction était une opération plutôt théorique que pratique. Il n'est pas en, effet, très rassurant pour la pauvre femme découragée, et très commode pour l'accoucheur qui exerce à la campagne de venir faire, en un jour, deux ou trois séances de céphalotripsie sur les divers diamètres de la tête. Quand celle-ci a été réduite en travers il, n'est pas facile avec le céphalotribe de la reprendre en long, suivant un diamètre allongé par la précédente manœuvre. Je ne parle pas des esquilles qui blessent les doigts de l'accoucheur et qui, dans une expulsion spontanée de la tête broyée, déchirent la vessie ou la matrice; habituellement, après avoir en vain attendu l'expulsion du fœtus chez une paturiente inerte et désespérée; il faut en venir au crochet et, par des tractions pénibles et longues, souvent dangereuses pour la mère, entraîner cette tête qui résiste par sa base nullement entamée par le céphalotribe.

Frappé de ces inconvénients justement invoqués par les césariens, j'ai adopté comme méthode de céphalotripsie l'opération de M. Guyon et de M. Hubert, de Louvain, qui consiste à pratiquer dans l'intérieur du crâne du fœtus la désagrégation des os sphénoïde, ethmoïde, rocher ou apophyse basilaire de l'occipital; c'est la céphalotripsie intra-crânienne. L'instrument essentiel de M. Guyon est une tréphine qu'il faut conduire sur un axe, sorte de tige perforante fixée sur la pièce osseuse qu'il s'agit de percer. La difficulté d'agir avec la tréphine dont la scie circulaire mord péniblement des os assez durs, ce qui rend l'opération pénible et incertaine, m'a fait préférer le trépan perforatif qui perce le crâne par un mouvement circulaire imprimé à l'ar-

bre, mouvement rapide et très puissant. Il est entendu que, comme l'indique M. Guyon, la main gauche, d'abord exploratrice, doit devenir pendant l'opération protectrice des parties matérielles, la main droite manœuvrant le trépan dont le pommeau prend un point d'appui sur la base de la poitrine de l'accoucheur où il peut être fixé. C'est dans un moment difficile que j'ai choisi, pour désagréger la tête du fœtus à défaut de trépan, le vilebrequin d'un menuisier, instrument perforateur qui m'a permis de terminer heureusement pour la mère un accouchement très difficile, comme vous allez en juger par le récit de l'observation suivante :

Je fus appelé en 1877, au mois de mai, par M. le docteur Brun pour terminer un accouchement chez une femme en travail depuis trois jours ; c'était la femme d'un cocher de fiacre, petite brune âgée de trente ans, primipare, dans un tel état de surexcitation qu'on ne pouvait la toucher.

M. le docteur Brun me dit que cette femme, aux douleurs depuis le dimanche soir, avait eu la rupture de la poche des eaux le lundi, et que le mardi il avait constaté une présentation du siège sans qu'il y eût possibilité de terminer l'accouchement ; nous étions au mercredi matin.

Ayant pressenti de grandes difficultés d'examen, il fut décidé que la parturiente, indocile et fortement découragée, serait endormie au chloroforme, de manière à obtenir une anesthésie complète. Ce résultat obtenu avec 50 grammes environ de chloroforme, et au bout d'un quart d'heure d'inhalations répétées, j'introduisis ma main et constatai la présence des fesses au détroit supérieur rétréci par la saillie de l'angle sacro-vertébral.

Avec beaucoup de peine je parvins à saisir la cuisse postérieure et à la faire descendre dans le vagin jusqu'à ce que le pied fût tiré hors de la vulve. L'antérieure fut ensuite accrochée avec deux doigts et, par des tractions lentes et méthodiques, le tronc du fœtus, mort depuis la veille, fut extrait ainsi que les bras relevés sur les côtés de la tête.

Alors surgissait la grande difficulté, et l'on sait que la

tête, quoi qu'en disent certains accoucheurs, ne passe pas toujours où sont passées les hanches et les épaules; la déflexion de l'extrémité céphalique était complète, et malgré les manœuvres les plus persistantes, le menton ne voulait pas s'abaisser; je n'aime d'ailleurs pas de faire des tractions immodérées sur le cou par la méthode de la maternité de Prague.

Le menton était en arrière, le front retenu par l'angle sacro-vertébral; M. Brun proposa l'application du forceps et essaya l'introduction d'une branche; la contracture utérine ne lui permit pas l'introduction régulière de la deuxième, et d'ailleurs je l'engageai à ne pas insister, craignant une rupture de la matrice. Il me rappela alors que nous avions fait avec succès une céphalotripsie, chez une Espagnole du faubourg Saint-Cyprien, atteinte d'un rétrécissement très prononcé.

N'ayant pas le céphalotribe sous la main et estimant que là où le petit forceps n'avait pu passer, le céphalotribe de Blot ne s'adapterait pas plus facilement, je mandai un menuisier voisin qui m'apporta un vilebrequin avec plusieurs mèches. Je choisis la plus longue d'un diamètre de deux centimètres à son extrémité perforante; puis la femme étant de nouveau anesthésiée, le siège fortement relevé, j'introduisis sur ma main la tarière à travers l'ouverture pratiquée sous le menton du fœtus dans la région pharyngienne, au moyen de la lance de Mauriceau qui me sert dans la crâniotomie. La portion médiane de la voûte palatine étant atteinte, j'adaptai le vilebrequin à la mèche, et en quelques tours je pénétrai dans l'intérieur du crâne du fœtus. Saisissant alors le crochet mousse du forceps, je le fis pénétrer par cette ouverture artificielle et, le redressant, j'entraînai la tête réduite, la main gauche n'ayant pas quitté la paroi postérieure du vagin. Le crochet pénétrant par la voûte palatine était appuyé assez solidement sur la cavité orbitaire pour que le cadavre de cet enfant très développé restât pendu à l'extrémité de la branche du forceps.

Les suites de couches furent longues et me préoccupèrent pendant quelques jours, l'urine s'échappant de la vessie sans être retenue dans ce réservoir. Je savais néanmoins qu'ayant pris la précaution de sonder la femme et de bien protéger les parties molles avec ma main, il n'y avait pas eu de déchirure, ni de perforation. La vessie avait été paralysée par la présence au détroit supérieur du siège de l'enfant pendant trois jours.

Au bout d'un mois la guérison était complète, et treize mois après j'étais appelé à faire chez cette femme une deuxième céphalotripsie. Vous pensez que la tête venant naturellement, la sage-femme attendit son expulsion spontanée; au second jour, le fœtus serré dans ce bassin rétréci avait cessé de vivre, et il fallut bien réduire cette tête, le forceps n'ayant pu la faire descendre à cause du rétrécissement à sept centimètres du diamètre sacro-pubien. Grâce au trépan conduit à travers l'ouverture faite à la fontanelle, la base du crâne fnt percée en deux points, et quelques tractions avec la main armée du crochet entraînèrent le fœtus très volumineux dont il fallut dégager les épaules que le défaut de rotation du tronc empêchait de sortir. Cette femme a parfaitement guéri, et quinze jours après je la voyais sur pied balayant la cour de sa maison. Qu'arrivera-t-il à une troisième grossesse probable si les fœtus sont de plus en plus gros , comme cela se voit quand les conjoints, âgés de 35 à 40 ans, sont au maximum de la faculté génétique?

Dans le même quartier, à la rue Riquet, j'ai dû faire la céphalotripsie intra-crânienne pour terminer l'accouchement de la nommée Rosalie Barreau, courturière, très petite, sans déformation apparente, mais dont le diamètre droit n'a pas huit centimètres. L'application du forceps au détroit supérieur fut faite et les tractions graduellement énergiques telles que la sage-femme et les aides vigoureux ne pouvaient maintenir la parturiente sur son lit de douleur. Craignant la rupture du pubis que j'ai vu se produire une fois en pareille occurrence , et l'enfant ne donnant pas signe de vie

depuis la veille, je fis la perforation du crâne avec la lance Mauriceau, puis introduisant mon doigt indicateur gauche par cette ouverture, j'arrivai à travers le vide fait par l'issue de la matière cérébrale jusque sur la tente du cervelet à son union avec la faulx du cerveau. La vrille de mon trépan étant conduite sur ce lieu d'élection déterminé par M. Guyon, je mis en jeu la manivelle et ne tardai pas à sentir le défaut de résistance que l'on apprécie facilement quand on a déjà trépané. Le crochet, pénétrant jusque dans la bouche du fœtus, permit d'en faire la lente et sûre extraction à travers des parties non déchirées.

Ayant eu occasion de voir depuis lors cette femme qui vient me trouver chaque fois qu'elle a peur d'être enceinte, j'ai pu constater que son périnée est intact, ce qui n'arrive pas toujours dans les accouchements les plus naturels. J'avais pensé à un accouchement prématuré artificiel chez cette femme ; mais ayant pratiqué l'an dernier cette opération sur une naine de Carcassonne qui mourut au cinquième jour de l'accouchement, cela m'a fait réfléchir. L'accouchement avait été provoqué par la dilatation du col, lente et progressive le premier jour, le deuxième je fis administrer des douches tièdes pendant toute la matinée, et le soir à cinq heures l'accouchement se faisait naturellement. Cette femme n'avait pas du tout été fatiguée par ces manœuvres très prudemment conduites, à l'hôpital, par la sage-femme de la maternité ; mais dans ce service plus ou moins infecté on n'est jamais sûr des suites de couches. Si l'opération césarienne est très dangereuse, si l'accouchement prématuré n'est pas aussi inoffensif que le disent ses partisans, il est logique de chercher pour les cas de rétrécissements marqués un embryotome qui puisse aisément les franchir.

La mèche allongée du vilebrequin portée une ou plusieurs fois sur la base du crâne permet de réduire la tête à une masse sphéroïdale, malléable et susceptible de descendre à travers la filière du bassin. A ceux qui trouveraient cet instrument par trop vulgaire je rappellerai que le célè-

bre accoucheur Portal raconte qu'il fit une crâniotomie avec un ciseau de menuisier et qu'il attira la tête au moyen du crochet d'une cuillère à pot introduit dans l'orbite du fœtus. Pajot n'emploie-t-il pas avec succès une ficelle pour faire la décollation? Guillon de Royan, avec un lacs passé autour du corps du fœtus, qui se présente par le tronc, a réussi à faire descendre le siège par des tractions méthodiques et répétées et à terminer heureusement pour la mère une version qui paraissait impossible. L'accoucheur est avant tout un chirurgien dans la véritable acception du mot; à la campagne il doit faire flèche de tout bois et le vilebrequin d'un maniement facile peut lui être utile quand son forceps lui fait défaut en présence d'une malheureuse femme qui mourra si elle n'est pas accouchée. Partisan de la céphalotripsie intra-crânienne et ayant été séduit par la description et l'image du transforateur de Hubert donnés dans le nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, je fis venir l'an dernier cet instrument de Paris. Il est là sur cette table et vous pouvez constater que c'est un formidable engin par son poids et son volume. Cependant il est très ingénieux, mais d'une application difficile si la tête n'est pas d'aplomb sur le détroit supérieur, et elle ne l'est presque jamais.

Je l'ai employé trois fois dans les circonstances suivantes: la première fois c'était au domicile d'une sage-femme, sur une de ses pensionnaires qui était en travail depuis deux jours et qui avait entre ses jambes le corps d'un gros fœtus qui ne semblait pas l'incommoder beaucoup. Depuis deux heures, l'accouchement était arrêté, la tête n'avait pu descendre malgré les tractions exercées sur le cou, qui heureusement avait résisté.

Pratiquant le toucher, je fus étonné de l'élévation du crâne, et je sentis des parties molles ressemblant à des fontanelles du côté de l'occiput et du temporal. J'annonçai un hydrocéphale, la matrice dépassant l'ombilic, et ne constatant aucun signe d'hémorrhagie interne. Le fœtus étant

mort, je fis avec deux doigts portés en arrière des tractions sur le maxillaire inférieur qui se divisa, et profitant alors de cette gaine naturelle, je poussai sur ma main gauche le trépan du transforateur de Hubert, et après avoir fait plusieurs tours dans la voûte du palais, il sortit un flot de liquide confirmant le diagnostic. Alors avec un crochet du forceps passé par cette ouverture j'entraînai la tête qui, au dire d'une des assistantes, ressemblait à une côte de melon. En effet, le cuir chevelu était soutenu par des cintres osseux, ce qui rendait la comparaison assez exacte.

Cette femme, si facilement débarrassée de ce fœtus monstrueux, guérit assez vite sans accidents sérieux dans les suites de couches.

Evidemment, le céphalotribe n'aurait pu passer sur les côtés de cette tête encastrée sur le détroit supérieur pelvien ; mais ce cas semblait fait exprès pour le perforateur de Hubert ; j'attendais une autre occasion, il s'en présenta deux. C'était deux repasseuses du quartier de la Colombette, toutes les deux primipares et qui supportèrent parfaitement les longues manœuvres d'application du transforateur de Hubert, de Louvain. Dans ces deux cas, la tête était première dans des bassins de sept à sept et demi centimètres dans le diamètre conjugué. Chaque fois il y eut application répétée du long forceps au détroit supérieur et impossibilité d'entraîner la tête dans l'excavation. Le fœtus ne donnant plus signe de vie, je perforai le crâne avec la lance; puis introduisant en arrière de la tête la branche courbe protectrice et la faisant maintenir en place par la sage femme, j'introduisis le perforateur par cette ouverture après m'être assuré de la direction de la base du crâne ; avant de perforer, il fallut introduire la tige dans la gouttière de la branche protectrice, et alors les difficultés commencèrent ; le perforateur étant au niveau de l'apophyse basilaire, sa tige s'écartait trop de la branche engainante. Il fallut alors introduire la vrille dans sa coulisse, mais alors la perforation ne porta pas sur le point précis que j'avais choisi.

Cependant, l'hélice du trépan ayant mordu dans les os de la base du crâne, je pus introduire le petit forceps muni de pointes après avoir retiré l'instrument perforateur, et je fis descendre la tête qui fut extraite non sans peine et sans sueur.

Ces deux femmes guérirent très bien et l'une d'elles, sinon les deux, est encore enceinte, et peut-être au deuxième accouchement n'aura-t-elle pas besoin de moi comme c'est arrivé au quartier de la Providence à une femme qui a fini par accoucher d'un enfant mort après un jour et deux nuits d'efforts terribles, son bassin ne mesurant guère que huit centimètres. Depuis lors, j'emploie pour faire la céphalotripsie un vilebrequin à roues dentées et à manivelle; la rotation de l'arbre était gênée par les cuisses de la femme qu'il fallait fortement relever. J'ai adopté aussi un crochet que j'ai trouvé chez Mathieu, et dont j'ai fait aplatir la pointe du dard de manière à pouvoir l'employer sans inconvénient. Il y a d'ailleurs un bouton qui permet de l'utiliser dans l'extraction du siège où son application se fait au pli de l'aine du fœtus, dont les extrémités pelviennes sont redressées.

Ces perfectionnements, qui ne sont pas les derniers, ne sont pas indispensables, et un accoucheur, comme je l'ai dit, peut utiliser le vilebrequin ordinaire en faisant suffisamment allonger la mèche qui doit avoir la longueur de l'excavation, plus la hauteur de la tête du fœtus, ce qui fait au maximum 25 centimètres.

J'ai fait une quinzaine de céphalotripsies en sept ans. Avec le céphalotribe et le crochet sur neuf, j'ai perdu trois femmes ; les six dernières céphalotripsies avec le trépan obstétrical n'ont pas été suivies d'accidents sérieux. Il y a donc sécurité dans cette opération, et la douleur est moindre qu'avec le céphalotribe et qu'avec le transforateur de Hubert.

Vous êtes étonnés, Messieurs, peut-être du grand nombre d'embryotomies que j'ai dû pratiquer, et vous pensez qu'on

aurait pu, avec de la patience et des applications successives de forceps, arriver à extraire, dans quelques-uns de ces cas, un fœtus mort et même vivant. Rassurez-vous, quand j'en suis venu à cette terrible extrémité de l'embryotomie, ma pensée a été toujours de savoir si l'enfant était encore vivant. Dans le doute, et afin d'éviter un fœticide, je ne manquai pas d'attendre ou d'essayer à nouveau l'application du forceps au détroit supérieur, ce qui n'est pas toujours facile dans les angusties pelviennes, mais qu'on arrive à faire avec de l'habitude sans dommages pour la mère.

Mais j'avoue que lorsque j'ai la certitude de la mort du fœtus, et l'on sait bien qu'après deux ou trois jours de travail il succombe par arrêt de la circulation placentaire ou par apoplexie pulmonaire, comme M. Depaul l'a démontré dernièrement à sa clinique, je n'hésite pas alors, au lieu de ces tractions continues et énergiques faites avec les appareils de Bouchacourt de Lyon, ou de Prost de la Rochelle, à pratiquer la réduction de la tête avant de l'extraire. Du reste, la plupart des opérations dont je vous entretiens ont été faites avec des confrères qui m'appelaient après avoir inutilement tenté plusieurs applications de forceps, et la crâniotomie était par eux déjà reconnue indispensable au salut de la mère. Une fois j'arrivai trop tard; deux confrères avaient tiré sur le forceps à outrance, et la femme succombait à une hémorrhagie incoercible déterminée par le décollement du placenta et la déchirure du col utérin. Je fis l'opération césarienne quand elle eut exhalé le dernier soupir un quart d'heure après mon arrivée, et je pus extraire un enfant volumineux en mort apparente; je le fis revenir à la vie assez longtemps pour que le prêtre, qui était venu assister à l'agonie de la mère, pût lui donner le baptême. Ce sont là les épines de la profession.

Dans ces dernières années, le forceps classique de Levret a subi dans sa courbure et dans son articulation des modifications très avantageuses. Je reconnais que le nouveau forceps de M. Tarnier, chirurgien éminent de la maternité

de Paris, rendra des services dans les cas de retrécissement du bassin qui ne sont pas au-dessous de huit centimètres. Nous avons cet instrument à la maternité de Toulouse, et je l'ai dernièrement employé pour un cas de position crânienne postérieure dans lequel la branche de traction permet de dégager l'occiput en arrière pendant que le front s'appuie sur le pubis. J'ai entendu dire à des confrères que, dans un cas de tête très élevée, le nouveau forceps avait dérapé ; cela peut tenir quelquefois à ce que l'application n'est pas faite aussi haut que possible, ce qui se reconnaît qnand on articule les deux branches dont le pivot doit être à l'entrée du vagin, et même quelquefois un peu plus haut quand les cuillers du forceps sont courtes.

Vous pouvez voir, Messieurs, cet instrument d'obstétrique dont la branche de traction et la courbure périnéale constituent un véritable perfectionnement, mais il ne faut pas croire qu'avec lui on n'aura plus de céphalotripsie à faire ; la meilleure preuve en est que M. Tarnier vient de faire confectionner un céphalotribe à cuillers courbés, et présentant en dedans des branches de petites barrettes qui peuvent s'imprimer dans les téguments du crâne.

J'avoue que cet instrument réducteur de la tête ne ressemble guère au céphalotribe de Baudelocque qui par son poids, son volume semble plutôt fait pour une jument que pour une Française, comme le disaient en riant les accoucheurs anglais qui ont adopté le crânioclaste de Simpson. Mais là où le forceps ne passe pas, les céphalotribes de Bailly, de Tarnier, de Migon ne passent pas facilement. D'ailleurs, au détroit supérieur, la tête du fœtus est presque toujours transversale, et alors pour la saisir par son plus petit diamètre, il faut appliquer une branche du côté du sacrum et l'autre derrière le pubis, ce qui est difficile avec le rétrécissement sacro-pubien, et dangereux, car on peut perforer la vessie et écraser la lèvre antérieure de l'utérus presque toujours dans ces cas hypertrophiée. Il est préférable d'adopter la céphalotripsie intra crânienne qui se pratiquera

facilement partout avec le vilebrequin, véritable trépan obstétrical, et un crochet mousse, instrument que tout chirurgien de campagne peut se procurer d'avance, et qu'il trouve à la rigueur chez le menuisier ou le forgeron du village. Sachant qu'il peut réduire la tête du fœtus quand elle reste dernière, il n'hésitera pas, au lieu de l'application du forceps au détroit supérieur, qui demande beaucoup d'expérience et des instruments perfectionnés qu'il n'a pas, à pratiquer la version dans des cas d'angustie pelvienne. C'est ce que vient de faire avec succès M. Budin, jeune accoucheur parisien plein d'avenir, qui a pu, par d'habiles manœuvres, extraire la tête retenue dans l'excavation ne mesurant d'avant en arrière que neuf centimètres. Certainement, s'il n'y avait eu que huit ou sept centimètres, le trépan obstétrical, la mort du fœtus étant constatée, aurait repris tous ses avantages sur le forceps et sur le céphalotribe.

M. le docteur Budin a sauvé la vie de l'enfant si souvent compromise dans les tiraillements du cou quand on cherche à faire la rotation de la tête restée dernière, ou à faire basculer le maxillaire inférieur qui offre en pareil cas moins de résistance que les cavités orbitaires; peut-être que le secret de son heureux accouchement est dans la nature du rétrécissement pelvien qui est quelquefois oblique ovalaire, malformation difficile à reconnaître et qui, laissant l'amplitude à un côté du bassin, explique ces succès de la version qu'on ne pouvait pas toujours espérer.

LARYNGITE SUFFOCANTE.

CROUP D'EMBLÉE OU LARYNGITE STRIDULEUSE GRAVE, CHEZ UN ENFANT DE 14 MOIS — TRAITEMENT PAR LES VOMITIFS RÉPÉTÉS — GUÉRISON;

Par le docteur JOUGLA.

Le dimanche 29 décembre 1878, j'étais appelé précipitamment par M. P., demeurant rue du Taur, pour voir son fils, jeune enfant de 14 mois, auquel j'avais déjà donné des soins au mois d'août précédent.

A cette époque était survenue, vers le milieu de la nuit, une toux rauque, fréquente, dont les parents furent vivement effrayés, car, quelques années auparavant, ils avaient perdu du croup, malgré la trachéotomie, un enfant de cinq ans. Un vomitif suffit pour faire disparaître la toux du second enfant, au mois d'août 1878.

En décembre, le même incident survenait dans la nuit, sans cause appréciable, c'est-à-dire sans maladie antérieure, mais seulement après deux jours d'une toux ne présentant aucun caractère inquiétant. M. P. se borna à aller chercher un vomitif chez le pharmacien, à l'administrer au petit malade et à attendre.

Le lendemain matin, à 6 heures, je voyais cet enfant. Fort et vigoureux pour son âge, il tête encore, quoique l'alimentation des parents fasse en somme le fond de son régime. Bien que l'ipécacuanha ait déterminé peu de vomissements, cependant la mère déclare que la toux est plus grasse. Je constate, au cours de ma visite, que cette toux n'a rien de caractéristique; elle est plutôt grasse avec une légère raucité masquée par le bruit des mucosités.

La gorge, examinée avec soin et à deux reprises, ne pré-

sente pas de trace d'inflammation ni de fausses membranes. Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux ont leur volume normal ; l'auscultation est négative.

Pas de fièvre, pas d'abattement ; l'enfant est gai et court de tous côtés, grâce à la brassière, comme les enfants de son âge.

Les parents, très heureux de cette amélioration, semblent persuadés que tout se passera comme pour la première fois ; sans trop contredire cet optimisme bien naturel, j'ajoute qu'il faut attendre au moins vingt-quatre heures pour pouvoir se prononcer à cet égard.

6 *h. soir.* — Bien m'en a pris de faire quelques réserves, la toux est revenue avec son caractère rauque ; elle est rare, sourde. La respiration très rapide fait entendre à l'inspiration un sifflement laryngé caractéristique, surtout quand l'enfant s'agite.

La fièvre est vive, la peau chaude ; le pouls impossible à compter.

Prescription.— Sirop d'ipécacuanha, 30 grammes ; poudre d'ipécacuanha, 15 centigrammes. — Faire prendre à l'enfant une cuillerée chaque cinq minutes jusqu'à vomissement.

11 *h. soir.* — A la suite des vomissements déterminés par l'ipécacuanha (2e), la respiration s'est manifestement améliorée. L'enfant dort la bouche fermée et sans mouvement des narines. On n'entend pas de sifflement laryngé, mais les mouvements d'inspiration sont plus fréquents qu'a l'état normal.

Pâleur très marquée de la face. Pouls fréquent, faible.

Prescription. — Tisane de lichen ; repos.

30 *décembre.* — La nuit a été mauvaise ; agitation vive ; retour de la toux avec les mêmes caractères ; difficulté de la respiration qui devient extrême vers le matin. On administre alors la dose entière de sirop (3e) ; vomissements abondants.

8 *h. du matin.* — Une amélioration relative survient. L'enfant est assez calme, la respiration seulement un peu

précipitée. Cependant l'état général a manifestement empiré depuis vingt-quatre heures. La faiblesse est grande ; l'enfant prend le sein, mais ne veut boire ni bouillon, ni tisane.

Je demande une consultation ; le père, qui n'a pas tardé à reconnaître les caractères du mal terrible qui lui a déjà enlevé un enfant, refuse net, disant que toute consultation est inutile ; qu'elle n'aboutirait qu'à conseiller l'opération à laquelle il ne consentira jamais. Tout cela accompagné de protestations de confiance à mon adresse, etc., etc. Je n'insiste pas.

6 *h. soir.* — Après une assez bonne journée, pendant laquelle pourtant la toux et la respiration difficile ont persisté, la dyspnée devient extrême vers 5 heures ; à 6 heures je constate une gêne extrêmement marquée de l'inspiration avec sifflement laryngé et tirage. Je fais administrer immédiatement un nouveau vomitif (4e) à dose entière.

Après les vomissements survient un nouveau temps de calme, dans lequel l'enfant se trouve encore à 11 heures quand je le revois.

31 *décembre.* — La nuit a été mauvaise, on a dû faire vomir l'enfant trois fois.

Vers deux heures du matin, dyspnée extrême, accès de suffocation. Nouveau vomitif (5e).

A cinq heures du matin encore un accès ; vomitif (6e).

A sept heures nouvel accès ; vomitif (7e).

L'enfant est extrêmement fatigué ; le pouls faible, mais assez fréquent ; la figure pâle, sans abattement très marqué.

La respiration est toujours un peu gênée ; la toux tantôt éteinte, tantôt rauque, mais toujours rare.

En somme, la journée se passe sans grave menace d'asphyxie.

1er *janvier.* — Nuit extrêmement mauvaise dans sa première partie. A minuit on donne un nouveau vomitif (8e).

A deux heures du matin, après un court intervalle de calme, la dyspnée remonte. L'enfant très affaibli, sans forces, était mourant.

Les parents réunis autour de lui insistaient pour que rien ne fût tenté devant une situation aussi désespérée, disant que mieux valait laisser l'enfant mourir tranquille que de le tracasser inutilement. Mais le père, ne pouvant se résoudre à cette inaction, enhardi d'ailleurs par les quelques heures de calme qui suivaient chaque administration du vomitif, veut donner encore une fois la dose prescrite. Il met la fiole contenant 30 grammes de sirop et 15 centigrammes de poudre d'ipécacuauha sur les lèvres de l'enfant, lui serre le nez et, en une fois, fait avaler le tout (9e vomitif).

L'action est presque immédiate ; il survient des vomissements fréquents, puis le calme s'établit. Une heure après, on fait prendre un peu de tisane qui est vomie. Une heure plus tard, l'ingestion d'un peu de lait détermine le même effet.

Puis l'enfant s'endort et reste ainsi — calme, sans toux, presque sans difficulté de la respiration — pendant 3 heures. Quand il s'éveille, on lui fait prendre un peu de bouillon qui est gardé.

Quand je revois le petit malade, à 8 heures du matin, il dort; la respiration est calme, sans sifflement laryngo-trachéal; mais les parents me disent qu'il tousse encore de la même façon que les jours précédents, quoique un peu plus gras.

Passant, comme il arrive si souvent, d'un extrême à l'autre, toute la famille du petit malade est aujourd'hui dans la joie. « Il est sauvé ! » me dit on à diverses reprises, « c'est fini ! etc. »

Sans protester trop énergiquement, je préviens ces braves gens que le mieux peut n'être que momentané et que, dût-il même persister, il se pourrait que quelque nouvel accès survînt.

J'appuie mon assertion sur la permanence de la toux.

Prescription. — Alimentation reconstituante : potage au tapioka, avec jus de viande : un peu de viande grillée,

mais sans forcer le malade. Deux petites cuillerées de vin de quinquina.

(6 h. soir). — Le mieux continue. La toux persiste, elle est grasse avec un timbre encore un peu rauque par moments. L'enfant, qui a très bien pris les aliments, s'anime et joue. Pas de fièvre, pouls très faible.

2 janvier. — La nuit a été bonne dans sa première partie, mais vers minuit la dyspnée revient avec l'agitation, la toux sèche, etc.

A deux heures, la dyspnée est extrême, on donne encore un vomitif (10e). La nuit se termine bien.

8 *heures matin*. — L'enfant dort tranquillement dans son berceau. C'est la première fois depuis le début de la maladie.

Prescription. — Ut supra.

6 *heures soir*. — La journée a été bonne. L'enfant a mangé de la soupe et de la viande. Il s'amuse avec ses jouets, mais se couche, de temps à autre, comme vaincu par la fatigue. La toux est plus grasse.

3 janvier. — L'amélioration se maintient; toujours un peu de toux.

4 janvier. — Même état; un peu d'agitation dans la nuit par suite de la toux qui est très grasse. L'alimentation se fait bien, les forces reviennent, l'enfant marche de nouveau.

5 janvier. — La nuit ayant été fort agitée par la toux, on fait vomir le malade (11e vomitif).

7 janvier. — L'enfant est tout à fait bien et la guérison s'accentue les jours suivants.

Etudions maintenant les deux points principaux de ce fait, savoir : 1° le diagnostic; 2° le traitement.

La première question qui se pose est celle du nom qu'il convient de donner à la maladie.

A cet égard, si à un moment quelconque il avait été possible de voir nettement un produit néo-membraneux, le diagnostic serait, par cela même, indiscutable. Mais, d'une

part, la gorge n'a jamais présenté la production pathognomonique de la diphtérie; en second lieu, les recherches faites dans les matières rendues par le vomissement ne sont pas parvenues à combler cette lacune, et voici pourquoi.

L'enfant tétait encore au moment où il a été pris; il tétait peu, il est vrai, comme les enfants qui ont de la fièvre et se mettent au sein à de fréquentes reprises, obéissant plutôt au besoin de boire qu'à celui de se nourrir; mais, à chaque vomissement, une quantité variable de lait coagulé se retrouvait dans les matières rendues et empêchait la recherche des néo-membranes.

De plus l'enfant, que l'on promenait à travers la chambre pour tâcher de calmer son agitation, vomissait tout d'un coup, là où il se trouvait, les matières tombaient sur le sol, il était souvent impossible de les recueillir pour les examiner.

Dans de semblables conditions, peut-on préciser le diagnostic, c'est-à-dire affirmer le nom de l'espèce et celui de la variété? Telle est la question qu'il s'agit d'examiner.

Or, à part l'exception signalée plus haut, tous les symptômes du croup se trouvent réunis dans cette observation et ces symptômes, par leur marche, ont présenté un caractère qui semble plus positif encore.

La toux, les modifications de la voix, la dyspnée, le tirage, les accès de suffocation méritent de nous arrêter un instant.

La toux se montre d'abord avec le caractère éclatant qui n'est pas pathognomonique, puisqu'on le rencontre également dans les deux autres maladies, la laryngite striduleuse et la laryngite aiguë grave, avec lesquelles le croup peut être confondu. Mais, moins de vingt-quatre heures après le début et malgré l'action d'un vomitif, la raucité apparait; bientôt la toux, sans être complètement aphone, prend le caractère sourd si particulier au croup.

Notons encore que cette toux spéciale survit aux autres

symptômes pendant peu de temps il est vrai, mais d'une façon très appréciable.

En eût-il été de même dans le cas d'une laryngite striduleuse commune? Non. Cette affection donne lieu, dans la majorité des cas, à une toux éclatante et sèche qui n'a pas, disent tous les auteurs, le caractère éteint de celle du croup.

De même pour la laryngite aiguë grave, dans laquelle, du reste, les phénomènes d'apparence grave, venant du larynx, n'ont jamais une aussi longue durée et marchent vers l'amélioration d'une manière constante, sans retour vers les phénomènes de laryngisme.

Du côté de la voix les symptômes ont suivi la même marche, les mêmes oscillations; les arguments énumérés tout à l'heure sont ici de tous points applicables.

Je n'insiste pas sur la dyspnée et le tirage, ils ont été, et cela à maintes reprises, aussi marqués que possible, car l'enfant semblait à chaque instant près d'étouffer.

Mais ce qui semble plus formel encore dans le sens du croup, c'est cet enchaînement des modifications constatées du côté de la respiration et notamment la fréquence des accès de suffocation, fréquence chaque jour plus grande, qui a conduit le malade à un état presque désespéré.

Ainsi le premier jour on observe un accès de suffocation; le second jour, deux; le troisième, cinq; puis la journée se passe bien; la nuit suivante deux nouveaux accès terminent cette série de dix menaces graves d'asphyxie en quatre jours.

Ici le doute n'est guère possible; c'est bien là la marche du croup et aucune autre maladie ne lui ressemble sous ce rapport.

M. Bouchut, par exemple, dit très explicitement : « Le faux croup, très violent à son début, s'amoindrit en quelques heures, tandis que le vrai croup va sans cesse en augmentant d'intensité jour par jour. Deux ou trois accès de suffocation de moins en moins violents, à vingt-quatre

heures d'intervalle, caractérisent le faux croup. « Est-ce là le tableau de l'observation actuelle, et peut-on admettre que le faux croup atteigne à cette intensité et à cette fréquence dans les phénomènes d'asphyxie ?

Le traitement fournit aussi un indice qui n'est pas à dédaigner. M. Bouchut résume son opinion à cet égard dans la phrase suivante : « Le faux croup guérit très facilement au moyen d'un vomitif. » On sait si les choses se sont passées ainsi dans le cas actuel.

Mais en admettant que nous ayons eu affaire à un croup, le diagnostic ne doit pas se borner à cette simple constatation ; il convient en effet de voir s'il ne serait pas possible de préciser davantage le nom de la variété de l'espèce « croup » à laquelle cet exemple appartient.

On sait qu'une certaine divergence d'idées existe à cet égard dans la science, du moins en apparence, car tous les jours la confusion qui tendait à s'établir sur ce point disparaît. Cette confusion a sa base dans la clinique même. En effet, les arguments à l'aide desquels certains auteurs, et non des moins remarquables, appuient leurs théories sont empruntés directement à la clinique et à l'observation.

Pour le dire d'un mot, la question peut se résumer tout entière dans l'interrogation suivante : « Tous les croups sont-ils diphtéritiques, c'est-à-dire ont-ils pour cause la production dans le larynx de fausses membranes spéciales douées des mêmes propriétées contagieuses? » — Oui, disent les uns, partisans de la doctrine de l'unicité. — Non, répondent les autres, pour lesquels il y a en réalité deux espèces distinctes dans le croup.

Parmi ces derniers il convient de citer, tout d'abord et pour fixer les idées, un maître dont l'ouvrage sur les maladies des enfants, très répandu en Angleterre, est devenu presque classique en France depuis la traduction du docteur Archambault.

Le Dr West dit en effet : « Il y a en réalité deux maladies » qui ont été souvent réunies sous le nom de croup, bien

» que les différences qui les séparent, soient au moins aussi » nombreuses que les points par lesquels elles se ressemblent. De ces deux maladies, l'une est presque toujours » idiopathique, l'autre souvent secondaire; l'une attaque » les sujets en pleine santé, est sthénique dans sa forme, » aiguë dans sa marche, et en général se montre justiciable » d'un traitement antiphlogistique; l'autre frappe de préférence ceux qui sont en mauvaise santé ou entourés de » conditions hygiéniques défavorables; elle est remarquable » par le caractère asthénique des symptômes auxquels elle » donne lieu. — Angine trachéale, angine laryngée, sont » les noms de la première; Home, Cheyne, Albers en sont » les historiens. Angine maligne, garotillo, morbus strangulatorius, diphtérite ou diphtérie, les synonymes de la » seconde; Severinus, Bretonneau, Trousseau, Jenner sont » les écrivains qui l'ont décrite avec le plus grand soin. »

Telle est, exposée par son plus illustre représentant, la doctrine de la dualité; elle repose, comme on le voit, sur un fait pratique, et les auteurs qui ne l'acceptent pas reconnaissent le bien fondé à quelques égards de cette double description.

Ainsi, dans une revue générale sur la diphterie, publiée par M. G. Homolle dans la revue d'Hayem (1876, tome VIII, 1er fasc.), nous trouvons l'appréciation suivante : « Il n'est pas douteux que les deux types morbides indiqués par M. West soient distincts à tous égards, et qu'ils représentent des formes cliniques bien différentes l'une de l'autre; d'un côté une maladie simplement inflammatoire, de l'autre une infection générale analogue aux maladies du sang, pour employer encore une expression de M. West. La séparation des deux formes est donc fondée; c'est une division utile, bien plus importante et plus vraie que celle qui a prévalu en Allemagne et qui repose sur les caractères anatomiques de l'exsudat (Einlagerung et Auflagerung). Cependant elle ne doit pas être conservée parce que manifestement elle consacre une confusion. »

M. Archambault est du même avis (*notes* de l'ouvrage de M. West et leçons sur le croup *in Union médicale*, 1877, tome II).

Il n'y a donc pas lieu d'insister sur ce point, si ce n'est pour faire remarquer que ce sont justement les cas analogues à celui-ci qui ont servi de base à la distinction de West et des auteurs qui séparent deux formes particulières.

Longtemps admise en Angleterre par la majorité des auteurs et pour des causes dont on trouvera l'exposé dans les travaux que nous venons de citer, la doctrine de la dualité perd chaque jour du terrain, et l'opinion de la généralité des praticiens d'outre-Manche tend à devenir ce qu'elle est en France, depuis Bretonneau et Trousseau, où l'on admet que le croup est toujours le fait de fausses membranes développées dans le larynx ; la maladie pouvant d'ailleurs présenter trois formes distinctes, les formes bénigne, asphyxique et infectieuse ou toxique.

Le cas dont il s'agit ici présentait la forme asphyxique, car tandis que la marche rapide et les fréquents accès de suffocation permettaient d'éliminer la forme bénigne, la localisation exclusivement laryngée excluait forcément la forme infectieuse.

Cette notion de la forme est loin de ne présenter qu'un intérêt de pure curiosité scientifique, la pratique en tire une règle de conduite d'une haute importance. En effet, tous les auteurs déclarent qu'au point de vue du pronostic et du traitement la forme infectieuse est d'une gravité telle que trop souvent nos moyens d'action sont par avance frappés d'une complète impuissance.

Par contre, dans les deux autres formes, le pronostic est moins sévère et, quoique toujours soumis aux particularités individuelles, il permet d'opérer un bon résultat du traitement.

Précisant plus encore les questions de pronostic, quelques auteurs ont distingué le croup d'emblée des autres

formes, et Monti, notamment, déclare que la moitié des cas de croup laryngé d'emblée guérissent.

D'après les considérations qui précèdent, la maladie du jeune enfant que j'ai eu à soigner pouvait être rapportée à la seule forme d'emblée du croup, et c'est ainsi que je l'avais désignée tout d'abord.

Mais quelques faits récents, publiés par divers auteurs dignes de foi, tendent à faire admettre l'existence d'une forme de laryngite striduleuse particulière, caractérisée par une durée beaucoup plus longue que celle de la laryngite striduleuse ordinaire et présentant *absolument* tous les symptômes du croup à part les fausses membranes.

En présence de ces faits et des particularités de l'observation, notamment de l'âge du malade, je n'ai pas cru devoir maintenir le premier titre de mon travail ; j'ai mieux aimé laisser la question en suspens et désigner le cas actuel par ce mot de laryngite suffocante qui a paru peut-être un peu étrange, mais dont je viens de donner l'explication.

D'ailleurs, au point de vue de ce qui me reste à dire, du traitement, la distinction entre les deux maladies perd de son intérêt, car tous les auteurs reconnaissent que le pronostic de la laryngite striduleuse à forme grave ne le cède pas en sévérité à celui du croup d'emblée.

Arrivons maintenant à la question du traitement. Dans le cas actuel, les indications se bornaient à une seule : faire disparaître la cause, quelle qu'elle fût, de la gêne respiratoire et soutenir les forces du malade.

Pour atteindre ce but, quels moyens avions-nous ? L'âge du malade en restreignait singulièrement le nombre et pourtant il était urgent de ne pas rester dans l'inaction ; la situation en effet présentait de graves menaces et, d'autre part, la trachéotomie ne constitue qu'une ressource bien précaire chez un enfant de 14 mois. D'ailleurs, la famille déclarait par avance repousser toute opération.

Que faire cependant pour cet enfant qui s'asphyxiait? Ques-

tion grave, difficile, en présence de laquelle on ne s'étonnera pas que j'ai plusieurs fois réclamé une consultation. Devant l'inutilité de mes tentatives à cet égard, il a bien fallu prendre un parti et l'on sait quel il a été. Un mot suffira à résumer : emploi des vomitifs répété aussi souvent que l'exigera la gêne de la respiration.

Le choix de la méthode thérapeutique étant fait, il restait à préciser l'agent à mettre en œuvre. Le sirop et la poudre d'ipécacuanha m'ont paru répondre ici à tous les besoins. Je me réservais du reste d'employer tout autre moyen si le premier, comme il arrive souvent, n'agissait pas à un moment donné. On sait qu'il n'a pas été nécessaire de recourir à un médicament autre que celui tout d'abord employé. Je dois maintenant indiquer en quelques mots les raisons qui ont déterminé ma conduite.

Le traitement des accidents de laryngite suffocante par l'ipécacuanha n'est certes pas une nouveauté, et en l'instituant ici je n'ai fait que suivre les conseils donnés par les auteurs et la pratique des maîtres de la génération actuelle. Trousseau, Wost, Bouchut insistent, à cet égard, dans leurs ouvrages ; plus près de nous, M. Jules Simon, le savant chef de service de l'hôpital des enfants, résumant le traitement du croup, dans un remarquable article du dictionnaire de Jaccoud, disait : « L'ipécacuanha en sirop auquel on ajoute 50, 60 centigrammes et même un gramme de poudre est journellement employé aujourd'hui de préférence au tartre stibié. Chez les sujets robustes et déjà grands, on peut associer l'ipéca à l'émétique pour obtenir un effet plus prompt et plus sûr. Comme ces médicaments doivent être fréquemment répétés, il faut en savoir régler l'usage dès le début et ne pas les donner plus de trois fois par jour. Autrement on s'expose à donner aux malades une diarrhée des plus grandes. »

Comme on l'a vu par l'observation qui fait l'objet de ce travail, la réserve, conseillée par M. Jules Simon et par tous les auteurs dans les cas analogues, n'a pu être gardée et

non seulement il n'en est résulté aucun incident fâcheux, mais même je crois que l'on est en droit d'attribuer à cette administration des vomitifs, répétés aussi souvent que l'exigeait la gêne de la respiration, le résultat final absolument favorable.

Valleix, l'un des auteurs qui ont le mieux étudié cette question de l'emploi des vomitifs dans le croup et le faux croup, insistait dès 1843 sur ce point qu'il fallait, pour obtenir de bons effets de ce moyen, y recourir avec moins de timidité. Un article publié par lui dans le tome XXV du *Bulletin de thérapeutique* contient une statistique détaillé, où le fait est mis en évidence. (Voir également Gaussail, Etude sur le croup, 1845).

Depuis lors tous les médecins ont conformé leur pratique, avec plus ou moins d'exactitude, à ces sages avis et pendant le temps que j'ai passé, comme interne provisoire, dans le service de M. Bouchut à l'hôpital des enfants, j'ai vu appliquer cette méthode avec rigueur.

Mais je ne connais pas d'exemple où chez un enfant aussi jeune on ait fait prendre en quatre jours 300 grammes de sirop et 1 gramme de poudre d'ipécacuanha, renouvelé jusqu'à cinq fois dans les vingt-quatre heures l'administration du vomitif, et cela sans amener de diarrhée ni aucun autre mauvais résultat. Il est fort douteux que l'on eût pu agir de même avec tout autre agent. On sait combien le tartre stibié notamment jouit à cet égard de propriétés hyposthénisantes fâcheuses, et tout récemment encore M. Dubrissay publiait dans l'*Union médicale* (2me volume 1877) une série de faits montrant « les funestes effets produits chez les enfants par l'application de certaines méthodes de traitement à la diphtérie », méthodes parmi lesquelles se trouve l'administration intempestive ou à trop hautes doses de l'émétique.

En résumé, l'on peut tirer du fait actuel cette conclusion que l'emploi de l'ipécacuanha contre les accidents de laryngite suffocante ne doit pas être réglé aussi étroitement que

le veulent certains praticiens, qu'il faut au contraire élever l'action thérapeutique à la hauteur de l'action morbide et se laisser guider sutout par les incidents particuliers à chaque cas, non toutefois sans tenir compte exactement des forces du malade et des contre-indications qui pourraient résulter de telle ou telle complication.

REVUE DES JOURNAUX ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Traité des corps étrangers en chirurgie. — Il est fort difficile de donner une définition exacte du mot corps étrangers, en chirurgie. Les auteurs du *Compendium* n'admettaient comme tels que les substances solides ou demi-solides; M. Monod, dans son article du *Dictionnairc encyclopédique*, comprend sous ce titre les substances solides, liquides et gazeuses. M. Poulet, forcé à son tour de se prononcer, repousse les substances gazeuses et s'en tient aux solides et aux liquides; encore trouve-t-il la question fort vaste et reconnaît-il qu'il lui sera souvent difficile de limiter son sujet.

L'auteur divise les corps étrangers en quatre grandes classes, d'après leur origine ou leur mode de pénétration : 1° corps étrangers pénétrant dans l'économie par les voies naturelles : tube digestif, organes respiratoires, organes génito-urinaires, organes des sens, conduits glandulaires; 2° corps étrangers pénétrant par effraction en lésant un point quelconque de l'enveloppe cutanée : plaies par armes à feu, par traumatisme en général, corps étrangers de l'œil; 3° corps étrangers formés dans l'économie à la suite d'un traumatisme, esquilles osseuses à la suite de fractures; 4° corps étrangers fixés aux parties, comme les anneaux, les liens, etc. Dans ce volume, il n'est question que des corps étrangers de la première classe.

M. Poulet étudie d'abord d'une manière générale l'étiologie, l'influence des sexes, des âges, des professions, etc., sur la nature, le mode et le lieu d'introduction des corps étrangers; il montre les manières dont ils agissent sur les tissus, les accidents divers qu'ils occasionnent et donne une idée d'ensemble des méthodes du traitement qui peuvent être utilisées. Puis il passe successivement en revue les corps étrangers des voies digestives, respiratoires, génito-urinaires, des fosses nasales, de l'oreille, des conduits glandulaires. Chaque partie

est traitée à fond ; le traitement, les instruments inventés, le manuel opératoire sont indiqués avec soin. Ce travail, qui a dû nécessiter des recherches laborieuses et patientes, est illustré de nombreuses observations et de figures représentant soit les corps étrangers, soit les instruments imaginés pour les extraire.

(Exrait de la *Revue mensuelle.*)

Etude descriptive de la grande attaque hystérique ou attaque hystéro-épileptique. — L'intéressante étude de M. Richer déroule sous nos yeux le tableau complet des diverses périodes dont M. Charcot, comme on sait, a démêlé la régularité. L'auteur, doué d'un talent de dessinateur des plus remarquables, a mis à contribution le crayon et le burin autant que la plume ; aussi son œuvre, qui est celle d'un artiste en même temps que d'un médecin, est l'image elle-même de la réalité. Montrer en même temps qu'expliquer, parler à la fois aux yeux et à l'intelligence, c'est le moyen de fixer sans peine dans l'esprit du lecteur des détails et des nuances qui ne pourraient être ni bien compris ni retenus par une description même minutieuse.

M. Richer ne s'est pas borné à nous donner une reproduction plastique exacte des différentes périodes de l'attaque d'*hysteria major ;* il s'est aussi attaché, et ce n'est pas la partie la moins intéressante de son travail, à faire mieux connaître diverses variétés qui peuvent se substituer à l'attaque régulière ; il les classe de la manière suivante : A. variétés résultant de l'extension ou de la prédominance d'une période aux dépens des autres, lesquelles s'atténuent ou même s'effacent, d'où : attaque *épileptoïde*, attaque *démoniaque* ou de contorsion, attaque d'*extase*, attaque de *délire ;* — B. variétés résultant de l'immixtion de phénomènes habituellement étrangers à l'attaque ; d'où : attaque de *catalepsie*, attaque de *léthargie*, attaque de *somnambulisme*, etc. — Voici quelques détails très sommaires sur ces diverses variétés :

A. 1° *Attaque épileptoïde.* — Cette variété comprend elle-même plusieurs formes : tantôt il y a une succession de périodes épileptoïdes donnant ainsi l'image de l'état du mal épileptique, tantôt il y a des espèces de vertiges accompagnés seulement de quelques contractions musculaires ; tantôt ces mêmes petits accès épileptoïdes incomplets, tout à fait semblables à ce qu'Herpin a décrit sous le nom de *commotions épileptoïdes*, sont greffés sur un état de contracture *permanente* et généralisée ; tantôt enfin on observe des attaques de spasme viscéral,

fort sérieuses en apparence, mais n'ayant au fond pas plus de gravité que les autres formes de l'hystérie.

2° *Attaque démoniaque.* — Ici, c'est la deuxième période de l'attaque (celle des grands mouvements) qui est modifiée, tantôt de telle sorte qu'elle constitue pour ainsi dire l'attaque tout entière, tantôt par la prédominance des contractures douloureuses et des contorsions qui donnent aux malades l'aspect effrayant des anciens possédés.

3° *Attaque d'extase.* — Ici, l'attaqué est presque exclusivement constituée par les attitudes passionnelles ; ou bien c'est l'attitude de la prière, ou bien celle que l'on attribue aux illuminés.

4° *Attaque de délire.* — Il existe enfin une variété d'attaque où il n'y a guère que la dernière période (délire) de la grande attaque régulière. Cette variété a été signalée déjà par Griesinger.

B. 1° *Attaque de catalepsie.* — La catalepsie peut se substituer à l'une ou à plusieurs des périodes de l'attaque d'hystéro-épilepsie ; le plus souvent, la période épileptique, tout au moins à l'état d'ébauche est conservée.

2° *Attaque de léthargie.* — Comme dans l'attaque de catalepsie, avec laquelle elle peut être compliquée, il y a toujours au début quelques phénomènes convulsifs, signes frustes, si l'on peut ainsi dire, de l'hystérie.

3° *Attaque de somnambulisme.* — Nous pouvons en dire autant pour l'accès de somnambulisme hystérique : il est précédé de signes épileptoïdes et parfois de grandes convulsions.

Le travail de M. Richer se termine par un chapitre consacré au traitement de l'attaque. Il résulte des expériences faites à la Salpêtrière que la compression de l'ovaire, l'excitation des zones hyperesthésiées, les interversions du courant électrique, déterminent l'arrêt des convulsions et, le plus souvent, ramènent la connaissance, quel que soit le moment de l'attaque où l'on fasse usage de ces moyens.

(Extrait de la *Revue mensuelle.*)

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de septembre 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

Les changements survenus dans les phénomènes atmosphériques ont eu d'heureux effets sur la constitution médicale du mois de septembre, mais non pas d'une façon assez sensible pour ne pas avoir eu encore à noter un trop grand nombre de décès dûs aux affections intestinales. Nous avons vu que, pendant les chaleurs excessives du mois d'août, il était mort 132 jeunes enfants. Ce mois-ci nous en comptons encore 80 environ, ayant succombé pour la plupart aux atteintes de la cholérine ou de la diarrhée.

Ce sont ces deux affections qui donnent encore à la constitution médicale son cachet spécial. La fièvre typhoïde cependant semble vouloir venir leur disputer le premier rang dans nos préoccupations. Cette maladie a frappé en effet bien des individus, et 18 fois elle a été suivie de mort. Elle a atteint tous les âges, depuis l'enfant jusqu'au vieillard. Les militaires sont relativement plus éprouvés que la population civile. Nous ne doutons pas que toutes les précautions sanitaires ne soient prises pour éviter le développement de cette maladie, que nous voyons tous les ans à cette époque reparaître avec une certaine intensité.

De cette affection, à caractère infectieux, nous rapprocherons la fièvre puerpérale, à laquelle sont attribués cinq décès. Ce chiffre est assez élevé et doit attirer notre attention. Il n'y a en moyenne que deux décès par mois à la suite des couches. Nous dirons, que pour l'un des cas de ce mois-ci, l'accouchement avant terme (7 mois environ de grossesse) avait été précédé et suivi d'une très forte dysenterie. Il y a lieu de se demander si ce n'est pas à cette dernière maladie que la mort est due.

Avec l'abaissement de la température et le retour des pluies les affections catarrhales ont été plus souvent observées que dans le mois précédent, mais sans résultats trop fâcheux.

Les maladies éruptives ont été rares ; cependant nous trouvons un décès par suite de scarlatine.

Le rhumatisme a fait deux victimes.

Nous dirons en terminant que l'état sanitaire serait assez satisfaisant, puisque les affections intestinales diminuent en nombre et en gravité, s'il n'y avait pas lieu d'être un peu préoccupé de l'existence des cas trop nombreux de fièvre typhoïde.

***OBSERVATIONS** météorologiques et nature des causes*

l'Etat civil pendant le

Altitude : 146 m.

Dates.	Pression atmosphérique.	Température de la journée. max	Température de la journée. min	Humidité relative.	Pluie ou neige	Vents	Variole. H.	Variole. F.	Rougeole. H.	Rougeole. F.	Scarlatine. H.	Scarlatine. F.	Erysipèle. H.	Erysipèle. F.	Fièvre typhoïde H.	Fièvre typhoïde F.	Rhumatisme. H.	Rhumatisme. F.	Diphthérite ou croup. H.	Diphthérite ou croup. F.	Tuberculisation. H.	Tuberculisation. F.	Vieillesse. H.	Vieillesse. F.	Enfants d'un j. à un an
1	756, 0	27	16	80	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	3
2	759, 0	30	17	66	.	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	1	2	.
3	756, 0	32	17	47	.	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2	3
4	751, 5	28	20	60	6,	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	3
5	749, 0	22	18	75	25,	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4
6	749, 0	23	16	83	5,4	OSO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	7
7	747, 4	26	14	83	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	4
8	747, 0	17	17	72	13,2	OSO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	2
9	752, 9	17	12	64	2,	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	2
10	755, 0	19	13	56	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
11	754, 4	22	11	67	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	2	.	2
12	754, 0	22	12	83	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	2	.
13	753, 0	26	17	65	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	2	1	.	3
14	753, 0	23	18	67	25,	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	2	1	2
15	752, 9	20	16	61	5,	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	1
16	749, 9	19	13	67	.	SO	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2	1	3
17	749, 0	24	14	67	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	2	2	.	.	3
18	750, 0	24	15	59	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	1	.	3
19	753, 2	26	15	73	3,	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	1	1	1
20	754, 0	21	16	82	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1
21	754, 8	23	15	72	.	ONO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	1	1
22	754, 0	21	14	67	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2
23	751, 8	23	13	71	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	3	1	1
24	752, 0	19	12	63	7,	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.	.	.
25	754, 4	18	10	56	1,	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	1	1	1	1	3
26	758, 6	16	8	55	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	3	.
27	758, 4	16	9	78	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	1	1	2	5
28	755, 0	19	7	64	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2
29	755, 0	23	7	73	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	1	1	2	.	1
30	753, 9	24	11	79	.	SSE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
31	..., .	..	..	...	.		.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
MOYENNES DU MOIS :	753,13	22	14	68	3,08		.		.		1		.		18		2		1		32		50		63

Total général des décès.........

de ***DÉCÈS*** ***à Toulouse****, d'après les déclarations faites à*
mois de Septembre **1879.**

Population ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants.		Hémorrhagie cérébrale.		Paralysies.		Maladies de l'appareil respiratoire : Pleuro pneumonies		Bronchites		Chroniques		Maladies de l'appareil circulatoire : Aiguës		Chroniques		Maladies de l'appareil digestif : Diarrhées. dysenterie.		Cholérine.		Suites de couches.	Affections chirurgicales		Morts violentes : Accidentelles.		Volontaires.		Causes diverses.	
H.	F	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	2	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	1	.	.	.	2	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	3	1
1	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5		2		6		11		2		6		.		6		7		26		5	.		3		1		32	

Hommes....... 107
Femmes....... 109 } 279
Jeunes enfants.. 63

Naissances..... { Garçons........ 104 / Filles.......... 118 } 222

Mort-nés...... { Garçons........ 12 / Filles.......... 7 } 19

CHRONIQUE.

Le *Journal officiel*, à la suite du récent voyage du Ministre de l'instruction publique à travers le Midi de la France, a publié un intéressant travail dont nous extrayons le passage suivant, qui a trait à la future Faculté de médecine de Toulouse ;

Il était évident qu'en présence du décret du 28 novembre 1878, créant à Toulouse une Faculté de médecine, la ville devait bâtir les locaux nécessaires.

Pour établir la nouvelle Faculté de Médecine on a choisi l'emplacement de la caserne des Missions, avec la pensée d'utiliser une partie des bâtiments. D'après les plans dressés par M. Lambert, ancien pensionnaire de la villa Médicis, les services pratiques de l'anatomie seront disposés en dehors du périmètre de la Faculté proprement dite. Ils n'en seront d'ailleurs séparés que par la rue étroite de l'Hôpital-Militaire, au dessous de laquelle on pratiquera un passage souterrain. Le terrain de la Faculté, à peu près de forme rectangulaire, de 122 mètres de longueur sur 72 mètres de largeur, aura une surface d'environ 8800 mètres. La dépense, d'après le devis du dernier avant-projet dressé par l'administration municipale, s'élèvera pour la construction et l'aménagement des bâtiments de la Faculté, à 1,110,000 fr. et à 390,000 fr. pour l'école pratique, y compris 100,000 fr. pour les acquisitions de diverses parties de terrains ; soit en tout 1,500,000 francs. La surface bâtie sera d'environ 5,500 mètres, dont une partie aura un ou deux étages au-dessus du rez-de-chaussée. L'espace arrivera ainsi à être vingt à vingt-cinq fois celui de l'Ecole de médecine actuelle.

La difficulté était de construire la Faculté en se servant de l'aile de la caserne qu'il fallait conserver. M. Lambert a su tirer parti de cette aile sans nuire à l'effet de l'ensemble et de telle sorte que les services seront largement installés dans les conditions même qu'ils exigent.

Après avoir étudié les plans sur place, M. le Ministre a tenu à visiter les hospices, où M. le premier président, membre de la Commission, lui a rendu compte des travaux qui ont été faits et lui a donné l'assurance que rien ne serait négligé pour le service des cliniques.

Le Ministre a donc constaté que tout était prêt pour l'exécution du décret du 28 novembre 1878 : il a pu assurer à la ville qu'elle n'avait qu'à continuer l'œuvre entreprise, que le concours de l'Etat ne lui ferait pas défaut.

Le Secrétaire du Comité de publication,
CAUBET.

Toulouse, Impr. Douladoure, rue Saint-Rome, 39.

Novembre 1879. XIIIe année. No 11

REVUE MÉDICALE
DE TOULOUSE.

PLAIE TRANSVERSALE DU LARYNX

VALEUR CLINIQUE DES LÉSIONS DES NERFS RÉCURRENTS.

Atrophie de la circonvolution pariétale postérieure chez un vieil amputé de la cuisse gauche, calcification des plèvres;

Par M. le Dr TACHARD.

Dans le courant du mois d'octobre 1878, on conduisit dans notre service, à l'hôpital de Toulouse, un vieux militaire retraité, dont l'état grave motiva l'admission d'urgence.

Cette observation clinique nous ayant démontré l'importance des lésions des nerfs récurrents dans les plaies transversales du larynx et nous ayant fourni un ensemble de lésions macroscopiques intéressantes, nous donnons en détail la relation de ce fait.

Dans les hospices de vieillards, les cas analogues ne sont sans doute pas rares, et les annales de la science doivent renfermer probablement des cas identiques; mais empêché par notre situation de faire aucune recherche bibliographique, nous ne pouvons rapprocher ce cas de ceux qui lui ressemblent plus ou moins. Nous nous bornerons à relever et à interpréter ce que nous avons vu, afin que les éléments de cette observation puissent servir à d'autres. Nous voyons toutes les lacunes de notre travail,

mais les circonstances nous ont empêché de joindre à cette note les développements historiques qu'il comporterait.

Observations. — V..... ex-canonnier au 5e d'artillerie, entré à l'hôpital militaire de Toulouse, le 5 octobre 1878.

Il s'est donné deux jours avant un coup de rasoir dans la région sous-hyoïdienne, et l'alimentation n'étant pas possible autrement qu'au moyen de la sonde œsophagienne, ses parents qui habitent la campagne demandent son admission à l'hôpital.

Cet homme âgé de 65 ans est, comme le sont habituellement les habitants des campagnes, dans un état de sénilité prématurée ; c'est un vieillard dans la décrépitude la plus avancée.

Il est entré au service militaire en 1834, mais au bout de cinq ans d'activité, à la suite d'une arthrite suppurée du genou gauche, déterminée par un coup de pied de cheval, il fut réformé, et obtint une pension de retraite pour infirmités équivalentes à la perte absolue de l'usage d'un membre.

Son état s'étant aggravé, il fut admis à l'hôpital de Toulouse le 17 juillet 1858, pour y subir le 20 juillet l'amputation de la cuisse gauche au 1/4 supérieur. Cette grave opération pratiquée avec habileté par le docteur Lacger, actuellement médecin principal en retraite, fut couronnée de succès, et V..... sortit guéri de l'hôpital le 28 novembre de la même année.

Depuis cette époque, V..... a toujours joui d'une parfaite santé, il n'accuse aucune maladie générale ou locale ; il a exercé dans son pays la profession de cabaretier, et a pris dans ce métier l'habitude de boire qui explique son amaigrissement, sa sénilité et sa décrépitude physique et intellectuelle.

Son état mental, en effet, laissait depuis longtemps à désirer, lorsque, sans motif, dans un accès de manie sans doute, cet homme se porta le 3 octobre un coup de rasoir dans la région sous-hyoïdienne. Nous ne savons exactement

ce qui est arrivé immédiatement après l'accident, aucun renseignement médical ne nous ayant été remis par les personnes qui l'ont transporté à l'hôpital.

Etat actuel. — On n'arrive que difficilement à le faire coucher, il manifeste plusieurs fois l'intention de se jeter par la fenêtre, et pour l'empêcher de tromper la surveillance à laquelle on le soumet, on lui enlève sa jambe de bois. Comme, depuis son accident, il n'a pu prendre aucune nourriture, il se laisse facilement alimenter avec la sonde œsophagienne.

La plaie, examinée avec soin, présente les caractères suivants : elle est transversale, un peu obliquement dirigée de gauche à droite et de haut en bas ; elle est plus profonde à gauche qu'à droite ; les muscles sterno-cleïdo-mastoïdiens ne sont pas intéressés ; elle siège exactement sur le milieu de la membrane thyro-hyoïdienne ; elle mesure 7 centimètres de longueur, et il y a un écartement de 3 centimètres entre les lèvres de la plaie. La section faite nettement a intéressé en avant toutes les parties molles, mais vu la sensibilité de la muqueuse laryngée qui est conservée, nous présumons que les nerfs laryngés supérieurs n'ont pas dû être sectionnés.

L'os hyoïde est remonté vers la partie supérieure de la plaie, tandis que le cartilage thyroïde se trouve fortement attiré en bas et est recouvert en partie par le bord des téguments, qui sont recroquevillés à son niveau, et décollés sur une assez grande étendue. La base de l'épiglotte est divisée, et en écartant les lèvres de la plaie, on aperçoit la paroi postérieure du pharynx.

La respiration est pénible, fréquente, courte, les lèvres de la plaie sont toujours recouvertes de mucosités abondantes et concrètes dont le malade n'arrive pas, malgré ses efforts, à se débarrasser. Nous recherchons dans la poitrine la cause de cette anhélation ; le doigt qui percute reconnaît une résistance anormale ; cette percussion donne dans toute l'étendue de la poitrine un son mat particulier ; à l'auscultation on n'entend nulle part, même en avant, d'une

façon nette le murmure respiratoire; non seulement il est extrêmement lointain et très faible, mais encore il est couvert par les bruits trachéaux.

Nous n'arrivons pas à déterminer la cause exacte de ces phénomènes sthéthoscopiques que nous n'avons jamais observés jusque-là. Le pouls est lent et à peine perceptible ; son rhythme est irrégulier ; rien d'anormal du côté du cœur dont les bruits s'entendent loin de leur point de production en avant et en arrière de la poitrine.

7 *Octobre.* — La suppuration s'est établie, et elle reste stagnante dans le cul-de-sac compris entre la peau et le cartilage thyroïde.

L'agitation du malade est grande, il veut sortir de l'hôpital, et si nous laissions à sa portée un instrument tranchant, il n'y a pas de doute à avoir sur l'emploi qu'il en ferait.

Il fait tous ses efforts pour rendre impossible l'alimentation à la sonde œsophagienne ; il faut user de force et de ruse avec lui, et M. Bony, médecin aide-major, chargé par nous de l'exécution délicate de ce cathétérisme, s'est toujours acquitté avec succès de cette opération difficile chez ce malade en proie à la manie du suicide. Pas de changement à signaler dans les fonctions respiratoires.

8 *Octobre.* — La plaie est très sèche, le malade a, du reste, le soin d'enlever le pansement protecteur qui la recouvre, chaque fois qu'il le peut.

Le 9, nous tentons, après avivement des bords, de suturer les parties divisées.

Le malade supporte avec un calme parfait, qui a tout lieu de nous surprendre après son exaltation des jours précédents, tous les temps de l'opération. Cette suture fut inutile, car nous devons, séance tenante, l'enlever pour empêcher l'asphyxie.

Il faut avouer que nous ne comptions guère sur la suture, qui presque dans tous les cas connus a donné de mauvais résultats (voir Th. Conc. de P. Horteloup, 1869).

A deux heures de l'après-midi, le médecin de garde fut

appelé en toute hâte ; le malade asphyxiait ; il faisait pour respirer les plus grands efforts ; l'obstacle siégeait à n'en pas douter à l'orifice de la glotte.

A notre contre-visite, à 3 heures, les mêmes accidents se reproduisent, nous cherchons avec le miroir laryngien à voir comment fonctionne la glotte ; tous nos efforts furent vains. Mais un bruit de soupape à chaque inspiration démontrait manifestement l'occlusion par paralysie de la glotte ; nous introduisons une petite canule directement dans le larynx, et immédiatement la respiration se rétablit normalement et la face se colore de nouveau.

La suppression de cette canule fut bientôt suivie d'un nouvel accès de suffocation. Il nous fallut, séance tenante, pratiquer la trachéotomie. Car nous pensons qu'il y a, nous souvenant des expériences physiologiques de Degallois, occlusion paralytique de la glotte, due à la lésion probable des nerfs laryngés supérieurs.

Lorsqu'on n'a fait la trachéotomie que sur des enfants, dans le cas de croup, on ne se doute guère des difficultés qu'on rencontre dans les cas de ce genre.

Si l'on tient compte qu'ici la division complète des parties molles, au niveau des ligaments thyro-hyoïdiens, laissait le cartilage thyroïde et la trachée obéir à toutes les forces qui sollicitaient leur rétraction vers le thorax, on concevra que le champ opératoire devait être notablement diminué, et en outre, que les premiers anneaux de la trachée étaient seuls accessibles. Ce n'était pas là le seul inconvénient ni le seul danger ; en raison de la grande gêne respiratoire et des efforts que nécessitait cette fonction, le creux sus-sternal arrivait à une profondeur de plus de deux travers de doigts ; en outre, nous nous trouvions gêné par la saillie du sternum ; en sorte qu'il nous fallait opérer à une profondeur relativement considérable. Les rapports des parties molles étant changés, nous étions exposé à blesser les gros vaisseaux, les veines surtout qui étaient anormalement gonflées par l'état d'asphyxie du malade. Nous ne pouvions marcher

qu'avec la plus grande circonspection, et n'avancer que couche par couche.

Malgré ces conditions défavorables, il n'y eut pas d'accidents pendant l'opération, sauf cependant qu'après avoir ponctionné la trachée avec un bistouri pointu, un mouvement violent du malade nous fit perdre cette première incision trachéale, qui venait masquer le sang spumeux qui s'écoulait par la plaie. Faisant fixer le cartilage thyroïde avec un tenaculum, nous le portons en haut où nous l'immobilisons après ce temps; retrouvant les lèvres de l'incision, nous agrandissons cette ouverture avec un bistouri mousse, et nous pouvons introduire une pince dilatatrice, puis la canule que nous fixons. L'écoulement du sang cesse immédiatement, et nous pansons le malade suivant les règles habituelles.

Cette trachéotomie rendue très difficile par la profondeur de la trachée et par le peu d'étendue du champ opératoire, produisit de bons effets immédiats; la respiration redevint régulière, et pendant la nuit il n'y eut aucun accès de suffocation.

Le 10 octobre, il n'y a rien de particulier à signaler; le malade est calme, il se laisse facilement introduire la sonde œsophagienne; la respiration se fait bien, le pouls est plus plein, sans intermittences.

Le 12 octobre, le malade est très agité, il ne veut point rester dans son lit, il ne veut point se laisser sonder.

Le nettoyage de la canule trachéale doit être souvent répété, car cette canule a l'inconvénient d'être étroite et courte; elle gêne beaucoup le blessé; nous n'avons malheureusement à notre disposition que des canules pour enfant.

13 *Octobre*. — Nous devons supprimer la canule dont l'extrémité seule affleure dans la trachée. La respiration continue à se faire par l'ouverture trachéale.

Les jours suivants, rien de particulier à noter, sinon que le malade s'affaiblit et maigrit considérablement, ne

trouvant pas dans son alimentation des éléments suffisants de réparation. En outre, bien qu'il y eût accélération des mouvements respiratoires, il s'asphyxiait lentement, et il mourut sans agonie, le 17 octobre, à dix heures du matin, à l'issue de la visite.

Autopsie.—Elle fut commencée vingt-quatre heures après la mort. Elle présente plusieurs points à examiner :

Nous devons étudier de près le moignon et rechercher dans les centres nerveux les conséquences de cette lointaine mutilation ; il faut reconnaître la cause anatomique de cette asphyxie mécanique que nous avons attribuée pendant la vie à la lésion des nerfs laryngés, qui par action reflexe ont pu entraver le fonctionnement de la glotte, des poumons et du cœur. Qu'on nous permette d'entrer dans des développements anatomo-pathologiques plus longs que de coutume, car il s'agit d'un cas particulier qu'il faut étudier pièce à pièce, à cause de cette variété même des lésions anatomiques que nous avons pu noter.

Au moment de la mort de V...., il y avait 44 ans que son membre pelvien gauche était malade, et 20 ans qu'il avait été amputé. Dans ces conditions, il était probable que le cerveau présenterait des lésions manifestes dans les parties que les physiologistes regardent comme étant le centre moteur du membre inférieur.

Notre premier soin fut donc d'ouvrir la boîte crânienne. Il n'y a rien à noter du côté des méninges, ni injection, ni adhérences superficielles ; mais en renversant la dure-mère, après l'avoir incisée, nous trouvons une petite tumeur fibreuse de la dimension d'une noisette, faisant corps avec la dure-mère, et marquant son empreinte sur quelques circonvolutions cérébrales du côté droit.

Les deux hémisphères étant largement mis à découvert, nous constatons une asymétrie très remarquable. Tout en tenant compte des dimensions, physiologiquement moindres, de l'hémisphère droit par rapport au gauche, il nous a semblé que le volume du droit était notablement diminué.

Ce qui attire surtout notre attention, c'est l'atrophie, la dépression cupuliforme de l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale ascendante. Nous ne chercherons pas à expliquer quel est le rapport de cette dépression avec la tumeur fibreuse qui la comblait; nous aurions désiré pouvoir soumettre cette question intéressante à l'étude d'un physiologiste ; malheureusement, la conservation de cette pièce ne se fit pas avec tout le soin désirable et fut perdue pour la science.

Quoi qu'il en soit de ces grossiers détails microscopiques, ils me semblent dignes d'être mentionnés, comme contribution à l'étude des localisations des centres moteurs. Si nous tenons compte que l'amputation datait de vingt ans, que la presque totalité du membre avait été amputée, on conçoit que son centre d'activité motrice, n'ayant plus de raison d'être, ait subi peu à peu une lente atrophie. L'atrophie a précédé, sans doute, la production de la tumeur fibreuse, dont le développement n'a été que secondaire au retrait qui a eu lieu dans le centre moteur.

Notre attention se porte ensuite sur la moelle. La substance grise correspondant au membre amputé nous paraît, à l'œil nu, avoir subi une certaine atrophie; mais en l'absence de tout examen microscopique, une pareille assertion reste sans valeur.

Moignon. — Il a une forme conique ; sa longueur mesurée du milieu de l'arcade de Fallope est de 19 centimètres. Nous avons perdu le périmètre des deux membres ; du côté amputé, la circonférence était notablement diminuée. La peau du moignon est tout à fait normale, sans tension ; au niveau de la cicatrice qui est superficielle et peu étendue, la peau est froncée, elle paraît être en excès surtout en avant, et adhère profondément au squelette. D'après l'aspect de la cicatrice, il est impossible de préciser quel est le procédé d'amputation qui a été choisi ; il est probable qu'on a fait une amputation circulaire.

Connexion de la cicatrice avec les parties profondes. — Ce

qui frappe à première vue après dissection, c'est la disparition à peu près totale de la graisse dans le tissu cellulaire du moignon. Au niveau de la section de l'os existe une masse de tissu cellulaire dense, servant de coussinet, entre les lames duquel se sont formées de petites bourses séreuses. La surface interne de ces bourses séreuses est lisse, blanche et n'a subi aucun travail inflammatoire.

L'aponévrose d'enveloppe, facile à disséquer à la partie supérieure du membre, ne peut plus être séparée du côté de la cicatrice; là, elle s'épaissit et se confond avec les parties profondes de la peau. L'état des muscles est fort intéressant; ils sont tous atrophiés, mais l'altération est moins prononcée sur l'ensemble des muscles adducteurs; le psoas iliaque lui-même est également réduit de volume : comparé au psoas du côté droit, il est à peu près diminué de moitié.

Les fibres musculaires ont une teinte pâle, surtout accusée sur les muscles couturier, droit antérieur, vaste interne et vaste externe; leur consistance est molle, flasque, tenant à leur dégénérescence graisseuse.

Toutes ces masses musculaires enfin se terminent par une sorte de tendon ayant un centimètre environ de longueur, en lames fibreuses très résistantes, provenant de l'atrophie des extrémités musculaires après l'amputation, convergent toutes vers le centre de la cicatrice et s'insèrent soit sur les parties profondes de la peau, soit sur les extrémités osseuses.

Etat des vaisseaux fémoraux. — Le volume de l'artère est normal; sa bifurcation a lieu à 4 centimètres au-dessous de l'arcade de Fallope. La fémorale profonde fournit des branches qui restent perméables, tandis que le tronc principal est transformé en cordon fibreux immédiatement au-dessous de l'origine de la fémorale profonde. Le prolongement fibreux de l'artère s'amincit et arrive jusqu'au niveau de la cicatrice, où il vient se fusionner avec la veine fémorale également oblitérée. Le tissu de la veine est dur

et épaissi notablement, son oblitération complète s'est faite à sept centimètres au-dessous de l'arcade de Fallope, à peu près au niveau où s'arrête la perméabilité de l'artère.

Etat des nerfs. — Ils ne présentent rien de bien particulier. Les branches antérieures du nerf crural se terminent sans renflement au niveau de la section. Quant au sciatique, il est volumineux, flasque, d'une couleur terne, se termine par un énorme névrome plus gros que le testicule d'un adulte et vient se confondre avec le tissu cellulaire de la cicatrice.

Etat de l'os. — Le tronçon de fémur ne présente aucune diminution dans son volume ; une pesée nous fait cependant reconnaître qu'il est plus léger qu'un fragment de même longueur du côté opposé.

Le bout scié est arrondi, et le canal médullaire est fermé par un couvercle osseux, convexe en bas ; en outre, on trouve sur les parties latérales deux végétations osseuses disposées transversalement, et ressemblant vaguement aux apophyses transverses des vertèbres lombaires. Ces ostéophytes servaient d'attache aux expansions fibreuses des muscles adducteurs.

Quant à l'articulation coxo-fémorale, elle est parfaitement saine.

Pour activer l'autopsie du moignon, nous avions ouvert la cavité abdominale. Les parties molles enlevées, nous pouvions constater sur le squelette les altérations suivantes : le bassin est très peu déformé, mais la colonne vertébrale offre une déviation compensatrice au niveau de la région lombaire ; sa courbure est très prononcée du côté amputé.

Nous devons relater maintenant des ALTÉRATIONS VISCÉRALES importantes qui donnent à ce cas particulier un vif intérêt anatomique. On pourrait rechercher si ces altérations résultent de la mutilation, ou si elles sont imputables aux habitudes alcooliques ou à l'alimentation ; car on voit qu'elles ne sont pas l'expression d'un ancien travail inflammatoire.

Nous ne nous prononcerons pas catégoriquement, car il

est possible que ce soient ces différents facteurs qui, en s'ajoutant et se prêtant un mutuel appui, aient donné naissance aux altérations anatomiques remarquables qu'il nous reste à mentionner.

Ouverture de la cage thoracique et de l'abdomen. — Après avoir incisé les parties molles, nous constatons tout d'abord que les côtes sont notablement raréfiées, ainsi que cela s'observe chez les vieillards. Le poumon étant mis à nu, on voit que les bords libres sont emphysémateux, et que la plèvre viscérale a une épaisseur considérable. Au sommet du poumon droit, cette épaisseur est de plus de deux millimètres. Ayant fait la dissection préalable du larynx, nous tentons d'extraire la masse des poumons; mais, vains efforts, il y a adhérence complète, symphyse générale des deux feuillets pleuraux. Peu à peu on arrive à décoller le poumon, mais alors on trouve la plèvre viscérale incrustée de sels calcaires, et toute la surface pariétale également recouverte de masses calcaires qui remplissent les espaces intercostaux. Au niveau du centre phrénique, nous trouvons également du côté du revêtement pleural deux grandes plaques calcaires blanches et sèches, privées complètement de tout vaisseau, ayant un centimètre d'épaisseur et les dimensions de l'aponévrose diaphragmatique. A première vue, il semblerait que c'est cette aponévrose elle-même qui est calcifiée, mais la dissection montre ses fibres nacrées parfaitement intactes. La calcification s'est faite partout dans le tissu cellulaire sous-séreux qui a été complètement envahi. (Toutes ces pièces furent présentées par nous à la Société de médecine de Toulouse et sont conservées à l'Hôpital militaire de la même ville.)

L'examen histologique nous a démontré qu'il n'y avait nulle part ossification; on ne rencontrait partout que masses amorphes sans cellules osseuses. Le tissu pulmonaire du côté de la base du poumon gauche est dur, se laisse pénétrer par la pression du doigt; dans les autres parties il paraît normal.

Disséquant les parois thoraciques pour voir l'état des nerfs intercostaux, nous constatons que ceux-ci présentent un développement hypertrophique excessif.

Du côté de la cavité abdominale, nous ne trouvons à mentionner que la congestion du foie dont la vésicule contient deux superbes calculs verdâtres, friables, ayant la forme et le volume d'une phalange inguinale du pouce.

La rate est diffluente presque à un degré aussi considérable que dans les fièvres infectieuses.

Quant aux reins, ils sont petits, atrophiés ou mieux ratatinés, ils sont pâles et la portion corticale paraît à l'œil nu avoir subi la dégénérescence graisseuse.

La vessie est petite et ne contient pas de calculs.

Cœur et vaisseaux. — Le tissu musculaire du cœur n'est pas sain : il est augmenté de volume, ses parois sont flasques, chargées de graisse : ses orifices sont normaux. Le ventricule droit contient un énorme caillot gelée de groseille. L'artère pulmonaire est obstruée par un gros caillot très solide, jaunâtre, qui ferme presque complètement sa lumière.

Le cœur gauche est vide ; rien à noter du côté des valvules. L'aorte est peu athéromateuse, mais, au niveau de l'éperon iliaque, existe une plaque très étendue et fort cassante.

La veine cave est considérablement dilatée et forme une sorte de sinus dans la région lombaire.

Plaie du cou. — Terminons enfin cette longue étude anatomo-pathologique par l'examen du larynx. Il était très important de savoir ce qu'étaient devenus les nerfs laryngés supérieurs, car les symptômes observés pendant la vie nous avaient paru devoir être rattachés à leur section ou à leur irritation dans les lèvres de la plaie.

Les deux muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens sont restés intacts. Le nerf laryngé supérieur gauche n'a pas été divisé ; la section des parties molles s'est arrêtée exactement à son niveau. Pour le laryngé du côté droit, il est éloigné de quelques millimètres seulement du bord de la plaie. Rien

de particulier à signaler du côté du larynx. L'épiglotte est divisée.

Tels sont les détails curieux que nous avons trouvés dans cette autopsie, insolite dans un hôpital militaire.

Les derniers faits que nous venons de relater nous forcent à rechercher : 1° l'origine et l'influence de la calcification des plèvres sur les fonctions respiratoires ; 2° quel a été le résultat de l'irritation des nerfs laryngés sur la circulation et sur la respiration, qui ont été si vivement troublées, ainsi que l'atteste à l'autopsie la présence des caillots jaunes, contenus dans l'artère pulmonaire.

L'étude de la calcification des séreuses n'a guère été faite jusqu'ici dans les classiques, et cette question n'a été étudiée que dans quelques travaux d'histologie. Ajoutons que, dans ces derniers temps, M. Talamon a publié, dans la *Revue mensuelle* de 1877, trois articles remarquables sur la calcification en général.

D'après cet auteur, qui nous semble avoir donné l'état actuel de la science sur ce sujet, voici, en général, les causes de la calcification. L'infiltration calcaire des tissus, par des granulations plus ou moins abondantes de phosphate tribasique de chaux et de carbonate de chaux, résulte des progrès de l'âge ; les plaques ossiformes ont une tendance particulière à envahir les séreuses et à se développer aux dépens du tissu cellulaire sous-séreux. Les plaques manquent de vaisseaux et forment des carapaces solides.

Notre auteur, en parlant du tissu musculaire, nous dit qu'il offre à la calcification une grande résistance comme le tissu fibreux. Il peut s'ossifier, mais il n'y a pas d'exemple authentique d'incrustations calcaires. Les cas que l'on a cités de calcification du diaphragme ne sont évidemment que des plaques crétacées de la plèvre. Recherchant ensuite les causes qui semblent prédisposer à la calcification, il établit que le phénomène a lieu dans les tissus à vitalité obscure, et lorsqu'il y a excès de chaux dans le sang, comme c'est le cas dans la vieillesse.

Son mode de formation tient encore à l'alcoolisme et à l'alimentation végétale, ainsi que l'a démontré Gubler, qui insiste aussi sur la déminéralisation physiologique du tissu osseux des vieillards.

Nous trouvons précisément chez notre sujet ces diverses causes réunies ; il habite la campagne du midi de la France, où l'alimentation est exclusivement végétale, il a des habitudes alcooliques, son tissu osseux est raréfié, ainsi que nous l'avons constaté du côté des côtes, de plus il est amputé.

Toutes ces conditions étant favorables à la production des sels terreux, il faudrait, pour qu'il n'y eût pas accumulation, que leur excrétion fût proportionnée à leur formation, mais normalement chez le vieillard, la proportion des phosphates dans les urines est moindre que chez l'adulte, et chez notre malade, les reins sont malades, atrophiés en partie, l'accumulation des phosphates s'explique donc chez cet homme par l'ensemble de ces causes.

Nous avons présenté ici ce court et bien insuffisant résumé du travail de M. Talamon, parce que les détails de notre autopsie viennent confirmer matériellement l'ensemble des causes prédisposantes de la calcification dont il fait l'énumération dans son étude générale.

La calcification ne résulte donc pas d'un processus actif, elle n'est que la manifestation d'un trouble dans l'élimination des phosphates.

Quoi qu'il en soit du mode de production des dépôts calcaires, ce qui est certain, c'est que la calcification des plèvres a apporté après l'accident une grande gêne dans les fonctions respiratoires, et que l'hématose jusque-là suffisante a été fortement entravée.

Les phénomènes asphyxiques des derniers jours, l'existence de caillots fibrineux dans les gros vaisseaux s'expliquent donc en partie par le fait de cette modification de structure des plèvres, mais il faut chercher ailleurs, dans une autre lésion, la cause de l'asphyxie aiguë en quelque sorte qui a rendu nécessaire la trachéotomie.

L'irritation dans la plaie des nerfs laryngés a tout d'abord par action reflexe troublé les fonctions du cœur et du poumon. Elle a causé directement la paralysie des muscles du larynx. L'inertie des muscles de ces organes transformait ainsi, à chaque inspiration, l'ensemble de la glotte en un clapet, qui arrêtait la colonne d'air inspiré.

Nous avons admis pendant la vie que le traumatisme siégeant dans le territoire occupé par les nerfs laryngés, ces nerfs, se trouvant irrités, devaient déterminer, par action reflexe, un trouble notable dans toute la sphère d'action des nerfs pneumogastriques et en outre produire mécaniquement l'asphyxie en troublant le jeu des muscles du larynx. Nous n'avons pas pu voir directement pendant la vie l'état du larynx, mais la suffocation survenant peu à peu quelques jours après l'accident, et le rétablissement de la fonction respiratoire suivant immédiatement la trachéotomie, démontrent la cause mécanique de l'asphyxie par occlusion paralytique de la glotte.

Nous trouvons en quelque sorte la confirmation de ces hypothèses dans les expériences déjà anciennes de Legallois, dans celles plus récentes de Longet (1841) et dans la communication faite à l'Académie des sciences, par M. J. Franck, dans la séance du 5 mai 1879.

Il ressort de cette note que l'excitation des filets sensibles des pneumogastriques et surtout du larynx supérieur sur le cœur et les vaisseaux ralentit ou arrête les battements du cœur et abaisse la pression vasculaire. L'excitation du laryngé a donc pour conséquence le ralentissement reflexe du cœur.

Pendant la vie, le ralentissement du pouls et sa faible tension avaient attiré notre attention; à l'autopsie, nous trouvons la confirmation de cette assertion, dans l'énorme distension de la veine cave inférieure, et dans la présence de caillots jaunes qui obstruent les vaisseaux artériels. Ce que nous ne nous expliquions pas, c'était la cause qui nous empêchait d'entendre, à l'auscultation, le murmure vésiculaire dans les poumons.

Maintenant qu'on connaît l'ensemble des faits, la vérité se dégage simplement et nous permet de porter un jugement. Avant l'accident, par suite de la calcification des plèvres, le jeu normal des poumons se trouvait gravement altéré, mais le fonctionnement régulier du cœur, dont les orifices étaient sains, assurait une hématose suffisamment régulière. L'équilibre n'était pas rompu, mais il était fort instable.

Aussi, lorsqu'est survenu le traumatisme sous-hyoïdien, les nerfs laryngés, occupant les bords de la section, se trouvent irrités, et par action reflexe sur le cœur et le poumon, ils troublent les fonctions de ces deux organes. De là, asphyxie lente et ralentissement du cours du sang. Un peu plus tard, le travail d'ulcération sur les bords de la plaie ayant amené la paralysie des nerfs récurrents, les muscles de l'orifice glottique cessent de fonctionner, et mécaniquement l'asphyxie survient.

La trachéotomie faite à temps permet l'entrée facile de l'air dans les voies respiratoires et retarde la mort, mais celle-ci est inévitable à bref délai par le fait de l'action dépressive exercée par la lésion des nerfs laryngés supérieurs.

Outre l'intérêt anatomo-pathologique de cette observation, ce qui s'en dégage encore selon nous, c'est l'importance qu'il faut attacher à la lésion des nerfs laryngés supérieurs, à la suite des sections transversales du larynx.

Ce côté de la question n'ayant pas été traité, à notre connaissance du moins, il nous a paru utile de relater ce fait, qui met en relief l'attention qu'il faut donner aux altérations physiques et fonctionnelles des dépendances du système nerveux.

On n'a pas attaché encore d'une manière générale à cette question des lésions des petites branches nerveuses périphériques, toute l'attention qu'elle mérite. Nous lisons cependant dans l'ouvrage du docteur Déier Mitchell (*Les lésions des nerfs*, page 95). « J'en suis arrivé à croire que la blessure des petites branches nerveuses est plus propre à produire

des phénomènes reflexes généralisés que celles des gros troncs nerveux. » Et plus loin : « Ce fait est en rapport avec ce que nous savons de la capacité plus grande que possèdent les nerfs de provoquer des phénomènes reflexes à mesure que l'on approche des surfaces où ils s'épanouissent. »

Nous tirerons donc de ce fait cette conclusion : que, dans les plaies transversales du larynx, il faut ne pas tenir pour insignifiantes les blessures, ou même l'irritation des nerfs laryngés supérieurs. L'irritation des nerfs peut d'abord troubler profondément par action reflexe le mécanisme de la circulation et de la respiration, et devenir ensuite cause de mort presque subite, par le fait de l'occlusion paralytique de la glotte.

D'après nos expériences sur le cadavre, les nerfs récurrents se trouvent ménagés le plus souvent, mais on les trouve affleurant presque dans l'angle de la plaie. Cette blessure constituant, selon nous, une véritable complication locale négligée jusqu'ici, il faudrait pour vérifier la valeur de notre assertion, établir si réellement l'irritation ou la section des nerfs laryngés supérieurs a produit dans les cas analogues une action profonde sur le fonctionnement du cœur, des poumons et du larynx.

Chez notre malade, cette complication a été exagérée peut-être par le fait de la calcification des plèvres ; il serait donc téméraire de conclure trop affirmativement, en face d'un cas unique, dans lequel il faut faire sérieusement entrer en ligne de compte la calcification des plèvres.

PÉTIOLE DE CALLADIUM INTRODUIT DANS LA VESSIE

Observation, par M. LAFORGUE.

Parmi les nombreux corps étrangers introduits dans la vessie, par accident ou par lubricité, il en est peu qui soient fournis par le règne végétal. Dans un relevé de 391 faits de

ce genre on ne trouve que 34 tiges de plantes. Les 357 autres sont des objets si variés que l'on peut dire que toutes les substances offrant une certaine rigidité ont été trouvés dans le réservoir urinaire. Les habitudes professionnelles, ainsi que l'ont constaté les collectionneurs de ces accidents génito-urinaires, ont une grande influence sur le choix de l'objet employé. Le fait suivant en est un nouvel exemple.

C'est un jardinier, chargé de l'entretien d'un beau parc aux environs de la ville qui, au milieu des plantes qu'il cultive, choisit le calladium, ce beau végétal à larges feuilles supportées par de longs pétioles qui ont le volume et la consistance appropriés à l'usage auquel il les destinait. Ces pétioles choisis et à demi desséchés, longs et souples, paraissent à ce solide vieillard, âgé de 70 ans, des instruments de cathétérisme pouvant remplacer avec avantage et avec économie les sondes dont il est obligé de faire usage. Depuis deux ans, il est atteint de rétentions d'urine qui cèdent après quelques jours de l'emploi des sondes, mais qui reparaissent assez souvent pour nécessiter la présence du médecin. Le Dr Delaux, qui était appelé dans ces circonstances, apprit au malade à se sonder. Le passage de la sonde en gomme était facile, le canal de l'urètre était libre, sauf un engorgement de la prostate qui n'était pas un obstacle au cathétérisme. Dès ce moment notre confrère ne fut plus appelé qu'exceptionnellement; la substitution des pétioles de feuilles de calladium qui ne sont pas creuses aux sondes en gomme fut la conséquence d'un fait d'observation dont le malade donne l'explication suivante : il avait remarqué que, lorsqu'il se sondait, il suffisait que la sonde pénétrât à une certaine profondeur dans le canal, sans arriver dans la vessie pour que l'urine s'écoulât entre la sonde et les parois de l'urètre. Notre jardinier perspicace en conclut, dit-il, que pour obtenir ce résultat, une sonde creuse était inutile et que pour ouvrir le passage à l'urine, une tige molle serait son affaire; il avait découvert la bougie végétale. Ayant choisi les pétioles de calladium qui lui parurent réu-

nir les conditions d'un instrument de ce genre, il en prépara une provision pour son usage personnel. Ce brave homme était enchanté de sa découverte qu'il gardait soigneusement cachée, et il s'en servait avec succès depuis un certain temps, lorsqu'un jour la tige lui échappa des doigts et s'enfonça rapidement dans le canal qui dans un mouvement spasmodique l'engloutit dans la vessie.

Une rétention d'urine fut la conséquence de cet accident. Vaincu par la douleur, le 28 octobre 1878, dans la soirée, il se décida à appeler le Dr Delaux. Notre confrère constata que l'extrémité externe de la tige était arrêtée dans la portion membraneuse du canal, le reste était dans la vessie Ce pétiole avait de 25 à 28 centimètres de longueur. Les échantillons que lui montra le malade avaient cette longueur approximative. Pensant qu'il serait peut-être possible d'extraire ce corps étranger contenu en partie dans le canal de l'urètre, le Dr Delaux s'empressa d'appeler des confrères qui arrivèrent à 9 heures du soir, munis de tous les instruments appropriés. L'agitation du malade était si grande et le besoin d'uriner si pressant que dans la première manœuvre d'extraction faite dans le canal, la tige s'enfonça dans la vessie. Après quelques tentations inefficaces pour saisir le corps étranger, le malade qui éprouvait un grand bien-être depuis l'évacuation de l'urine refusa obstinément de se soumettre à de nouvelle manœuvres et force fut aux chirurgiens de laisser dans la vessie ce pétióle de calladium.

Convaincu de la gravité de la situation et craignant des accidents consécutifs, graves, qui pourraient nécessiter l'opération de la taille, nous fîmes part au malade et à la famille de nos appréhensions; nous nous retirâmes, chargeant le De Delaux de nous prévenir si une intervention devenait nécessaire. Nos craintes ne se réalisèrent pas, les suites de cet accident ne furent pas trop mauvaises ; les premiers jours, les besoins d'uriuer étaient fréquents et douloureux, la vessie se vidait sans l'emploi de la sonde. L'urine était épaisse, comme boueuse et contenait des détritus de la

plante qui se désagrégeait et dont le suc abondant se mélangeait à l'urine. Bientôt, vers le huitième jour après l'accident, se déclarèrent les signes d'une cystite très douloureuse qui exigea l'emploi de l'opium et des calmants ordinaires et plus tard des boissons alcalines. Je me demandai s'il ne serait pas possible d'agir sur ce végétal contenu dans le réservoir urinaire au moyen de substances propres à le décomposer, prises en boissons et en injections. Pour m'éclairer sur ce point je priai notre collègue M. Timbal-Lagrave de m'aider de ses connaissances et je lui remis des pétioles de cette plante.

Voici la note qui m'a été communiquée par M. Timbal fils, notre jeune collègue de la section de pharmacie :

Le calladium fait partie de la famille des colocases originaires de l'Amérique méridionale où on en mange les tubercules (*colocasia esculenta*). Les feuilles et leurs pétioles sont un peu caustiques. Ventenat, qui a fait un des premiers la monographie de ces plantes, dit en parlant de leurs propriétés : Leur saveur est âcre et brûlante, surtout celle de la racine ; mais cette âcreté diminue beaucoup par la dessiccation, aussi est-ce dans cet état qu'on préfère l'employer en médecine, comme purgatif, incisif, détersif, et expectorant... Nous ne croyons pas, comme Ventenat, que la dessiccation fasse perdre de l'activité à ces plantes. Selon nous, elle est au contraire augmentée.

Geoffroy, qui s'est occupé de la question, dit que la tige fraîche appliquée sur la peau des enfants y fait naître des ampoules ; appliquée sur des ulcères, elle les mondifie en peu de temps ; enfin la fécule que l'on en retire est employée en Italie pour faire disparaître les taches de rousseur.

Ces données étant acquises, nous avons cherché à savoir si le suc contenu dans les fibres de la plante est acide. En suivant les méthodes usuelles, nous avons constaté une grande acidité. Si l'on met la tige fraîche d'un pétiole dans un verre à pied rempli de teinture bleue de Tournesol, on voit peu à peu la teinture changer de couleur et virer franchement au rouge.

Il est donc probable que le pétiole introduit dans la vessie, semblable à celui que nous a remis M. le Dr Laforgue, a dû irriter cet organe et produire un état inflammatoire de la muqueuse vésicale.

Il résulte de cette note que les pétioles de calladium sont âcres, irritants et contiennent un suc acide d'où l'indication de donner des boissons alcalines qui furent administrées avec succès. Mais aucune autre substance ayant une action dissolvante ne put être conseillée. Il y aurait eu du danger d'introduire dans la vessie des liquides qui auraient pu produire sur les tissus de cet organe des effets morbides qu'il fallait avant tout éviter.

Les suites de cette observation montrent que toutes les parties aqueuses de la plante ont été évacuées. Pendant plus d'un mois, l'urine, qui était devenue abondante par suite de boissons copieuses, a été trouble et épaisse ; puis elle est devenue plus claire ; en même temps la cystite s'est calmée, les douleurs et les besoins d'uriner sont moins fréquents et le malade, après deux mois de soins, a éprouvé assez de soulagement pour pouvoir se lever et marcher. Ce vieillard est encore souffrant, mais, pouvant uriner sans sonde, il refuse tout examen et il montre une répulsion invincible pour l'introduction d'instruments dans ses organes génito-urinaires. Cependant il n'est que trop probable que la trame fibreuse de la plante ne sera pas dissoute par l'urine, qu'elle s'inscrutera de sels calcaires et formera le noyau d'un calcul qui augmentera incessamment de volume et deviendra la cause de nouvelles souffrances et de lésions graves des organes urinaires ; l'extraction du calcul, faite dans ces conditions, ne présenterait à cette époque que peu de chance de guérison.

Il n'est pas possible de songer à faire de la lithotritie, l'état de la vessie et l'hypertrophie de la prostate s'opposent à l'emploi de ce procédé opératoire. Aurait-on pu, dès le début, alors que l'extrémité externe de la tige était encore dans la portion membraneuse du canal, extraire le corps étranger par une boutonnière urétrale? La mollesse de ce corps, la rapidité avec laquelle il a glissé dans la vessie, après l'introduction d'une pince à extraction, manœuvrée dans le canal avec la plus grande douceur, auraient rendu inefficaces les tentatives faites par cette voie.

Cette tige végétale arrondie et glissante ne peut être comparée à l'épi de blé arrêté dans le canal de l'urètre dont M. Dieulafoy vous communiqua le fait en 1863, d'une manière trop sommaire pour en apprécier la valeur pratique. C'est en opérant un homme d'un abcès périnéal avec infiltration urinaire que ce chirurgien, après avoir ouvert le canal dans la région membraneuse, siège de la rupture, fut fort étonné de retirer, avec les pinces introduites dans l'ouverture faite à l'urètre, un épi de blé que terminait à peu près un pouce de tige (2 à 3 centimètres). Combien de temps cet épi avait-il séjourné dans le canal? quel était l'âge du malade? Nous l'ignorons; les désordres graves produits par ce corps étranger font présumer que l'introduction de ce végétal n'était pas récente, et que des accidents urinaires intenses avaient précédé l'infiltration et l'abcès périnéal qui avait amené ce malade à l'Hôtel-Dieu. Les quelques lignes consacrées à ce fait dans le Bulletin de la Société de médecine de 1863 font regretter que l'observation n'ait pas été publiée avec tous les détails qu'elle comportait dans l'intérêt de la science et de la pratique.

Dans l'état actuel des choses chez notre malade, le corps étranger étant laissé dans la vessie, ne peut-on pas espérer que cette substance végétale, herbacée, constituée par une trame fibreuse, molle, peu consistante et un suc abondant, subisse, au contact de l'urine, une désagrégation telle, qu'elle sera expulsée à la longue avec le liquide dans lequel elle macère constamment?

Cette opinion qui, je le crois, était celle du malade quand il a refusé de se soumettre aux manœuvres de l'extraction, ne me paraît pas admissible. Sans doute, les parties aqueuses ont été expulsées avec l'urine, et par la macération, la plante a été réduite à un magma qui a pu se dissoudre en partie; mais, ainsi que nous l'avons dit, il restera dans cette vessie malade, qui ne se vide pas complètement, un peloton fibreux qui servira de noyau aux concrétions calcaires qui se déposent toujours et incrustent les

corps étrangers, de quelque nature qu'ils soient, contenus dans le réservoir urinaire.

Après une amélioration passagère, l'état du malade s'est profondément aggravé et, dans ce moment (7 mois après l'accident), ce vieillard est arrivé à la dernière période de la cachexie urinaire.

NOTE SUR UNE ECORCE DE QUINQUINA

VENDUE SOUS LE NOM DE QUINQUINA KALISSAYA TITRÉ;

Par M. SAINT-PLANCAT.

Dans la note que j'ai l'honneur de vous soumettre, je n'ai pas l'intention de vous faire l'histoire complète des nombreuses variétés de quinquina qui se trouvent dans le commerce de la droguerie ; le but que je me suis proposé est beaucoup plus modeste, j'ai voulu tout simplement vous faire part de mes observations sur une écorce de quinquina qui m'a été présentée comme du calyssaya de bonne qualité! Aussi je laisserai de côté la question scientifique, les caractères botaniques des diverses variétés de quinquina, je me contenterai de traiter la question au point de vue pharmaceutique et pour cette écorce seulement, c'est-à-dire je n'examinerai que sa richesse en alcaloïdes, seule base sur laquelle aujourd'hui nous puissions asseoir nos appréciations d'une manière à peu près sûre.

Dans le commerce de la droguerie, l'on ne connaissait autrefois que trois espèces ou variétés de quinquina que l'on désignait sous les noms de quinquina rouge, jaune et gris.

Ces dénominations étaient-elles bien exactes? Se rapportaient-elles à des espèces différentes bien définies? Toutes ces questions n'ont jamais été, je crois, élucidées d'une manière complète ; mais ce que je sais très bien, c'est que, il y a vingt ans à peine, ces dénominations désignaient des

espèces, qui toutes avaient une composition uniforme. Tous les médecins savaient qu'en employant les quinquina rouge, jaune et gris, ils donnaient à leur malade une quantité d'alcaloïdes dont ils se rendaient parfaitement compte, et les pharmaciens, avec une analyse sommaire, quelquefois même à leur aspect physique, pouvaient connaître la valeur de ces écorces. Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi, nous trouvons dans le commerce de la droguerie des quinquina Guayaquil, Huanaco, Lima, Loxa, Kalyssaya, Java, de l'Inde, etc., qui tous contiennent de la quinine, cinchonine, cinchonédine, quindine, etc., dans des proportions tellement variables que l'on rencontre des espèces qui renferment jusqu'à 68 pour 1,000 d'alcaloïdes, tandis que d'autres, au contraire, n'en contiennent que 7 pour mille au maximum. Dans l'énumération que je viens de faire, j'ai omis à dessein de vous parler d'une sorte de quinquina qui se trouve aussi dans le commerce et vendu comme écorce de bonne qualité. Ce quinquina privé, par des traitements successifs, des alcaloïdes qu'il contenait, est versé dans le commerce après avoir été séché et roulé dans une poudre de quinquina de bonne qualité qui lui a redonné l'aspect physique d'une bonne écorce. Ce fait que je croyais très rare est peut-être plus fréquent que l'on ne le pense. En effet, l'examen que j'ai été appelé à faire, depuis quelques années, d'un très grand nombre de quinquina, m'a mis à même de me convaincre de l'exactitude de cette fraude. Aussi, aujourd'hui, il est absolument indispensable pour le pharmacien d'analyser tous les quinquina qu'il emploie, s'il ne veut s'exposer à des mécomptes qui pourraient engager sa responsabilité.

Le quinquina que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux était présenté et vendu comme du quinquina Calyssaya de première qualité. Cet échantillon a été prélevé sur un suron d'origine de 25 kilogr. environ. Les écorces qui sont toutes de petite dimension n'ont pas la couleur caractéristique des calyssaya de bonne qualité ; elles sont recouvertes, en

partie, de leur épiderme; la cassure est terne, examinée avec la loupe, l'on ne voit pas les stries blanches que l'on aperçoit toujours dans les vrais calyssaya. Si l'on applique la langue sur une cassure nouvellement pratiquée, l'on ne perçoit qu'une très faible amertume ; il n'en est pas de même si l'on goûte la surface de cette écorce, l'on éprouve alors une sensation amère très sensible. J'ai essayé les diverses préparations usitées en pharmacie, faites avec cette écorce : telles que vin, sirop, teinture et extrait. Toutes ces préparations, peu amères d'ailleurs, n'ont donné avec l'iodure de potassium et de mercure que des traces d'alcaloïdes. Je dois ajouter que ce réactif est très sensible et accuse des 10 millièmes d'alcaloïdes dans les préparations qui en contiennent.

Pour avoir une certitude sur la valeur de ce quinquina, j'ai procédé au dosage de ses alcaloïdes, et en particulier de la quinine qu'il pouvait contenir. Pour cela, j'ai suivi le procédé donné par M. Carles, de Bordeaux. Ce procédé, comme vous le savez, est basé sur la solubilité des alcaloïdes du quinquina dans le chloroforme, et l'on obtient, en reprenant le résidu de l'évaporation par l'eau aciduléc par l'acide sulfurique, du sulfate de quinine, que l'on n'a qu'à peser. Ce procédé est d'une exécution facile et assez exact. 20 gr. de ce quinquina ne m'ont donné que 0,06 centigrammes de sulfate de quinine, soit 0,30 centigrammes pour cent. Trois dosages successifs m'ont fourni le même résultat. J'ai essayé comparativement nne écorce de quinquina calyssaya de mon officine, j'ai obtenu, pour la même quantité de quinquina, 0,?8 centigrammes de sulfate de quinine, soit 2 gr. 80 pour cent., près de dix fois plus de sulfate de quinine que dans le premier. Comme vous le voyez, la valeur de ce quinquina est à peu près nulle. Car non seulement la quantité des alcaloïdes est très faible, mais encore la quinine s'y trouve dans des proportions insignifiantes. En décrivant les caractères physiques de cette écorce, j'ai dit qu'elle possédait à sa surface une saveur amère très

prononcée ; comme cette amertume ne peut être rapportée à la quinine qui n'y existe qu'en de faibles proportions, je pense que cette saveur amère doit être attribuée à une matière résinoïde insoluble dans l'eau. Lorsque j'ai eu traité le mélange de quinquina et de chaux par le chloroforme, j'ai obtenu une liqueur colorée en jaune qui avait l'odeur caractéristique de l'aloès, après l'évaporation du chloroforme Mais la faible quantité de matières que j'ai eu à ma disposition ne m'a pas permis d'isoler ce principe amer, et par conséquent je ne puis affirmer d'une manière certaine que cette écorce a été rendue amère par de l'aloès. Pour moi, je pense que le quinquina que j'ai essayé n'est pas un quinquina kalyssaya, mais bien un quinquina rouge, la variété succirubra de Java. Ce quinquina très riche en alcaloïdes aura été épuisé en très grande partie, desséché et additionné probablement d'une substance amère, car il n'existe aucune écorce naturelle ayant ces caractères physiques et qui renferme si peu d'alcaloïdes.

En présence des nombreuses variétés de quinquina que fournit le commerce et surtout de leur richesse en alcaloïde si différente, je ne saurais trop engager mes confrèrer d'essayer tous les quinquinas qu'ils emploient, de doses même les principes actifs qu'ils renferment, c'est absolument nécessaire, car les caractères physiques ne peuvent aujourd'hui fournir aucune certitude.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE.

Séance du 1er octobre 1879.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Molinier, Cazac, d'Auriol, Timbal-Lagrave père, Garipuy, Saint-Plancat, Timbal-Lagrave fils, Terson, Jougla, Roque-d'Orbcastel, Armieux, Couseran, Giscaro, *secrétaire général*.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend, outre les publications périodiques habituelles :

1° De M. Victor Meurin, *Observations météorologiques faites à Lille, pendant les années* 1877-1878 ;

2° Du docteur Wasseige, *Trois nouvelles observations de laminage de la tête fœtale ;*

3° Du même, *Essai pratique et appréciation du forceps Tarnier;*

4° De l'Académie de médecine et sous le couvert du ministère, *Rapport sur les vaccinations pendant les années* 1872, 73, 74, 75, 76 ;

5° De la même, *Rapports annuels sur l'hygiène de l'enfance, années* 1873, 74, 75, 76, 77 ;

6° De la même, *Recueil des mémoires sur l'hygiène de l'enfance.*

La correspondance manuscrite renferme un mémoire du docteur Bonafos-Lazermes, correspondant à Perpignan, intitulé : *Trachéotomie ; œdème de la glotte.* Renvoyé au rapport de M. Fontagnères.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour. — La Société entre en conférence du *primâ mensis;* chaque membre signale les maladies qu'il a observées et qui se rattachent à la constitution médicale du mois de septembre.

M. Saint-Plancat, appelé par l'ordre d'inscription au tableau à payer son tribut académique, lit un travail intitulé : Note sur une écorce de quinquina kalyssaya titré.

L'auteur expose qu'ayant eu à examiner un échantillon de quinquina saisi chez un pharmacien de la ville, il l'avait trouvé complètement épuisé de principes actifs. On l'avait de plus sophistiqué en lui rendant, au moyen d'une couche d'aloès ou autre substance, une partie de sa saveur amère.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Timbal-Lagrave père, Armieux et Cazac, M. le président remercie M. Saint-Plancat de sa communication.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre résidant. 17 membres ont droit de vote, 13 membres seulement sont présents à la séance. Ce nombre étant insuffisant aux termes des statuts, qui exigent la présence de 15 membres au moins, l'élection est, conformément au règlement, renvoyée à la prochaine séance.

A cette occasion un long débat s'établit sur les modifications qu'il y aurait à apporter aux statuts. Les diverses propositions faites à ce sujet sont mises aux voix et repoussées par la majorité.

M. Garipuy fait une communication orale sur un cas d'accouchement rendu difficile par l'existence de brides cicatricielles survenues dans le vagin à la suite d'un premier accouchement laborieux.

La séance est levée à 5 heures 45 minutes.

Séance du 11 octobre 1879.

Présidence de M. Janot, président.

Présents : MM. Janot, Couseran, Cazac, Naudin, d'Auriol, Saint-Plancat, Mauri, Garipuy, Roque d'Orbcastel, Timbal-Lagrave père, Jougla, Giscaro, *secrétaire général*.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

La correspondance imprimée ne contient rien de particulier.

La correspondance manuscrite renferme un manuscrit adressé par M. Tachard, membre correspondant, et intitulé : *Plaie du larynx*, etc.

Ce travail, qui paraît être la rédaction complète et détaillée d'une communication orale faite par l'auteur dans le cours de l'année dernière, est renvoyé à M. Armieux qui, après l'avoir examiné, verra s'il y a lieu de nommer un rapporteur particulier.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour. — M. Garipuy lit le rapport sur la constitution médicale du mois de septembre, qui est adopté.

M. Mauri, appelé à payer son tribut académique, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : Doit-on considérer la leucocythémie comme une entité morbide particulière ?

Après avoir reproduit l'opinion de divers auteurs et cité deux observations tirées de sa clinique de l'Ecole vétérinaire, l'auteur conclut : 1° que la leucocythémie n'est pas une entité morbide particulière ; 2° qu'elle ne constitue qu'un fait inconstant d'une espèce pathologique parfaitement déterminée au point de vue chimique ; 3° que l'anémie lymphatique de Hodgkin et la leucocythémie de Bennet ne sont que deux formes particulières d'un même état morbide.

M. le président remercie M. Mauri, au nom de la Société, de son intéressante communication.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre résidant. 13 membres seulement étant présents, et le chiffre réglementaire n'étant pas atteint, l'élection, conformément aux statuts, est renvoyée à la prochaine séance.

Quelques observations sont échangées entre M. le président et divers membres sur ce fait regrettable, mais qui est atténué par les circonstances actuelles, c'est-à-dire par le séjour forcément prolongé de plusieurs collègues à la campagne où les retiennent les travaux retardés par une saison exceptionnelle.

Afin d'éviter que ce fait ne se reproduise une troisième fois, le secrétaire général est invité à adresser personnellement à chaque membre ayant droit de vote une lettre leur recommandant l'exactitude pour la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures 45 minutes.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois d'octobre 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

La constitution médicale qui a régné à Toulouse pendant le mois d'octobre n'a présenté aucun caractère bien tranché.

Le nombre des malades a été peu considérable, et le chiffre des décès est resté inférieur à celui des naissances, ce qui ne s'était pas produit depuis plusieurs mois.

La fièvre typhoïde n'en a pas moins sévi cependant avec une certaine rigueur. Dix-sept personnes sont mortes de cette maladie, qui a relativement bien plus frappé la population civile que les militaires. Chez ces derniers, il y a sous ce rapport amélioration sensible.

Les vieillards ont eu beaucoup à souffrir des variations atmosphériques qui appartiennent à l'automne et marquent toujours cette époque préparatoire de la saison d'hiver. Cinquante-neuf individus sont morts ayant atteint ou dépassé l'âge de 70 ans.

La diarrhée des jeunes enfants est en décroissance marquée : il n'y a eu de ce fait que vingt décès environ, tandis que la même cause fournissait, les mois précédents, des chiffres bien supérieurs.

Vous avez signalé des rhumatismes, des affections nombreuses des voies respiratoires, des angines, des névralgies à forme intermittente, des ophtalmies catarrhales. C'est là ce que nous observons toujours avec la saison froide; et nous pouvons dire, en terminant, que ces maladies caractérisent la constitution médicale actuelle qui tend à prendre la forme hivernale.

OBSERVATIONS météorologiques et nature des causes [...] *l'Etat civil pendant le* [...]

Altitude : 146 m.

Dates.	Pression atmosphérique.	Température de la journée. max	min	Humidité relative.	Pluie ou neige.	Vent.	Variole. H.	F.	Rougeole. H.	F.	Scarlatine. H.	F.	Erysipèle. H.	F.	Fièvre typhoïde. H.	F.	Rhumatisme. H.	F.	Diphthérite ou croup. H.	F.	Tuberculisation. H.	F.	Vieillesse. H.	F.	Enfants d'un j. à un an
1	753, 9	25	11	79	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	2	2	.	1
2	754, 0	21	14	85	12,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	2
3	758, 8	19	10	78	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.
4	756, 6	19	8	73	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	2
5	755, 0	21	8	86	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	3
6	753, 5	23	11	65	.	SSE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	2	.
7	753, 8	22	15	72	.	SSE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	1	3
8	756, 3	24	13	64	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1
9	756, 0	23	12	66	.	SSE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
10	755, 8	25	12	73	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	1	.	.	2
11	760, 5	25	10	71	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	1	1	2	1	.
12	763, 0	24	9	74	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	1	.	.	1	1
13	759, 2	22	9	84	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	.
14	755, 4	22	8	80	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1	1
15	753, 0	19	7	76	3,	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	1	.
16	754, 0	12	5	65	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.
17	755, 0	12	2	72	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	1	1
18	755, 0	14	3	81	1.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	1	.	.
19	757, 0	20	7	78	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
20	752, 9	20	9	82	8.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1
21	752, 0	15	9	72	1.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	3	1	.	.	.
22	755, 0	14	9	76	2.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	1	.	3	2	.
23	760, 0	16	8	81	1.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1
24	750, 0	16	11	82	1,	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	2	2	1
25	749, 8	17	11	78	1,	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.	3	2
26	746, 0	17	9	70	1.	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.
27	747, 0	17	10	81	0 5	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.
28	748, 0	17	12	72	6.4	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	1	2	.
29	745, 0	18	13	80	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2	.
30	748, 0	19	12	75	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	3	.
31	749, 0	19	11	85	.	S	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	1	1	.
MOYENNES DU MOIS :	753,80	19	9	76	1,23		.		.		.		.		17		.		2		33		59		27

Total général des décès........

le ***DÉCÈS*** *à Toulouse, d'après les déclarations faites à* *mois d'Octobre* **1879.**

Population ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants.		Hémorrhagie cérébrale.		Paralysies.		MALADIES DE L'APPAREIL														Suites de couches.	Affections chirurgicales		MORTS VIOLENTES				Causes diverses.	
						RESPIRATOIRE						CIRCULATOIRE				DIGESTIF							Accidentelles.		Volontaires.			
						Pleuropneumonies		Bronchites		Chroniques		Aiguës		Chroniques		Diarrhées. dysenterie.		Cholérine.										
H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	1	.
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	1	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	1	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2	.
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1
.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
1		12		5		5		4		5		.		8		10		2		1	4		3		.		28	

Hommes.......	103	226	Naissances.....	Garçons........	131	237
Femmes........	96			Filles..........	106	
Jeunes enfants..	27					

Mort-nés......	Garçons........	9	19
	Filles..........	10	

CHRONIQUE.

Nous annonçons avec un extrême plaisir l'élévation au rang d'officier d'Académie de M. le docteur Bonnemaison, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Toulouse, membre de notre Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Nous sommes heureux de cette distinction qui honore notre excellent collègue et aussi la Société de médecine dont il est un des membres les plus distingués.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, dans sa séance du 21 octobre dernier, a déclaré une place vacante dans la section de médecine et chirurgie.

Le Secrétaire du Comité de publication,
CAUBET.

Toulouse, Impr. Douladoure, rue Saint-Rome, 39.

Décembre 1879. XIII[e] année. N° 12

REVUE MÉDICALE

DE TOULOUSE.

ÉTUDE

SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE CONSÉCUTIVE A L'ATAXIE LOCOMOTRICE.

Par M. le Dr V. PARANT.

Les deux observations qui font le sujet de cette étude appartiennent à un groupe de faits relativement peu nombreux sur lesquels l'attention ne s'est portée, en France, que depuis quelques années. Il s'agit des cas où des symptômes de paralysie générale progressive surviennent au cours de l'ataxie locomotrice.

Plusieurs explications de cette coexistence ont été données, sans qu'aucune puisse être incontestablement acceptée.

Les questions à résoudre sont les suivantes :

La paralysie générale a-t-elle été causée par l'ataxie locomotrice ?

Est-ce la même maladie, une sclérose des centres nerveux qui, s'étendant peu à peu, se manifeste par des symptômes différents, suivant qu'elle affecte la moelle ou le cerveau ?

Les deux maladies, au contraire, sont-elles distinctes, ne faisant que se compliquer l'une l'autre, et n'existant chez le même individu que par une simple coïncidence ?

Ayant eu récemment l'occasion d'observer deux personnes, chez qui l'ataxie locomotrice, après avoir existé

seule pendant assez longtemps, a été suivie d'aliénation mentale, à forme de paralysie générale, il m'a paru intéressent de prendre ces deux faits comme point de départ d'une étude sur les questions qui s'y rapportent.

C'est à dessein que je parlerai seulement de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice. Il s'est présenté des cas où la paralysie générale était consécutive à d'autres lésions des centres nerveux (sclérose partielle, tumeurs, etc ..). Faire entrer ces cas en ligne de compte, serait vouloir donner à ce travail une étendue qu'il ne comporte pas. Du reste, les réflexions à faire à leur sujet se trouveront implicitement contenues dans celles que nous ferons.

Voici d'abord l'histoire de nos deux malades :

1re OBSERVATION (1). *Ataxie locomotrice progressive. — Après vingt-trois ans environ, signes d'aliénation mentale, à forme de paralysie générale.*

M. G... (François-Victor), âgé de 59 ans, capitaine de cavalerie en retraite.

Pas d'antécédents héréditaires en ce qui concerne l'aliénation mentale.

Il s'est livré, autrefois, à de grands excès vénériens et à quelques excès alcooliques.

Il est atteint, depuis environ vingt-cinq ans, d'une ataxie locomotrice qui a fait des progrès lents, mais continuels.

Au début il y a eu : faiblesse des membres inférieurs ; douleurs crurales et lombaires. très vives. Ces douleurs ont duré trois ou quatre ans, jusqu'à l'époque où l'ataxie est devenue manifeste.

Au bout d'une douzaine d'années, les membres inférieurs se sont paralysés.

Depuis cinq ou six ans, il est survenu un tremblement des plus marqués des membres supérieurs.

Depuis deux ans, à peu près, difficulté de la parole, tremblement de la langue, gêne dans la mastication, la langue et les joues remplissant mal leur office.

Dans les derniers mois, le caractère s'est beaucoup modifié.

(1) Les principaux détails de cette observation sont dus à M. le Dr Constantin, médecin-major au 17e régiment d'artillerie.

M. G..., qui autrefois était affectueux et très doux, est devenu indifférent et irritable. Affaiblissement intellectuel simultané à ces changements de caractère; puis apparition de quelques idées de persécution et d'idées de grandeur. Le malade croit qu'on le vole, qu'on lui dérobe des objets précieux qu'il n'a jamais possédés. Il attribue, à ce qu'il possède réellement, une valeur exagérée; des oiseaux empaillés, qu'il a chez lui, sont d'un prix inestimable... Quand on veut lui montrer la réalité des choses, il devient méchant.

On ne lui a jamais connu d'attaques congestives, de pertes de connaissance, etc.

Au moment où je suis appelé à m'occuper du malade (25 novembre 1878), je constate :

Paralysie presque complète des membres inférieurs, qui sont en grande partie atrophiés et contracturés. Le malade les change de place en les prenant avec les mains.

Tremblement des membres inférieurs, persistant dans les moments de repos; grande maladresse des mains; la préhension est très faible. L'écriture est extrêmement irrégulière; les lettres sont formées d'une suite de zigzags. Les mouvements sont encore assez bien coordonnés et le malade porte les mains à peu près où il veut.

Tremblement très accentué des lèvres, des joues et surtout de la langue. Prononciation très difficile, souvent incompréhensible.

M. G... cherche à expliquer qu'il a grand'peine à manger, qu'il se mord quelquefois la langue et qu'il ne parvient guère à bien faire les mouvements de déglutition.

A la difficulté de prononciation se joint une aphasie très marquée.

L'appareil de la vision est normal; les pupilles sont égales et bien dilatables.

Etat mental : M. G... présente surtout un grand affaiblissement intellectuel. Il ne sort guère de deux ou trois idées, sur lesquelles il revient sans cesse. Il raconte comment il a été volé, dépouillé par sa famille. Il veut expliquer qu'il était fort riche; il me parle de tous les objets précieux qu'il croit posséder encore. Il se dit être un savant naturaliste et a fait quelques découvertes. En cherchant à le faire préciser, je l'irrite un peu, parce qu'il croit que je doute de ses paroles.

1er *décembre*. — Rien de particulier n'est survenu dans l'état de M. G..., qui se montre habituellement fort exigeant et d'un carac-

tère difficile. Je constate qu'il n'a presque plus de mémoire et qu'il oublie immédiatement ce qu'on lui dit.

M. G... est complètement gâteux.

4 décembre. — Vers cinq heures du soir, M. G... est pris subitement d'une attaque congestive apoplectiforme, sans convulsions. Il reste privé de connaissance prendant près d'une heure.

Lorsqu'il commence à se remettre, on trouve que tout le côté droit du corps est paralysé. La sensibilité est presque nulle du même côté. La tête est un peu déviée à gauche. Les traits du visage sont restés réguliers.

En reprenant connaissance, M. G... est tout hébété; il ne parle pas ; il paraît à peine comprendre ce qu'on lui dit.

5 *décembre.* — Pendant toute la journée, M. G... a été agité; il a des terreurs ; son visage exprime une grande anxiété.

6 *décembre.* — Aujourd'hui le malade est plus tranquille ; mais il mange avec plus de difficulté encore que de coutume et ne peut guère avaler que des potages. La paralysie du côté droit s'est sensiblement améliorée.

8 *décembre.* — Depuis hier, M. G... a été repris d'agitation et de terreurs. Les yeux sont complètement hagards. Il est impossible de rien lui faire avaler.

Le soir, il tombe dans un coma profond et meurt vers minuit.

L'autopsie n'a pas été faite.

Remarques. — Dans cette observation, la progression de la maladie est le fait le plus important. L'ataxie locomotrice exerce longtemps seule son action, d'abord sur les membres inférieurs, puis sur les membres supérieurs. Après plus de vingt ans, se manifestent des signes de lésions encéphaliques et bientôt surviennent des troubles intellectuels.

Dans les derniers mois de la vie, nous trouvons un ensemble de signes propres à caractériser la paralysie générale : affaiblissement intellectuel ; idées de grandeur ; tendances lypémaniaques.

Les troubles de la motilité, en ce qui concerne l'embarras de la parole, peuvent appartenir aussi bien à la paralysie générale qu'à la sclérose spinale postérieure, par l'intermédiaire du bulbe.

2e OBSERVATION. — ***Ataxie locomotrice. — Au bout de quatre ans, symptômes de paralysie générale.***

M. H... (Augustin-Ernest), âgé de 51 ans, sans profession.

Pas d'antécédents héréditaires en ce qui concerne l'aliénation mentale.

M. H... a eu une existence fort peu régulière. Il était très viveur. Il a essayé de tous les métiers dans tous les pays du monde. Il n'a jamais fait que de mauvaises affaires.

Il était dans Paris pendant le siége (1870-1871) et y a beaucoup souffert.

En 1872, il a commencé à présenter des symptômes d'ataxie locomotrice. Il a eu d'abord de vives souffrances, que les traitements les plus variés ne parvinrent pas à soulager. Puis, les souffrances ont cessé, et les désordres ataxiques de la locomotion sont restés très manifestes.

En 1876, on a remarqué que M. H.... présentait quelque trouble dans ses facultés intellectuelles ; sa mémoire faiblissait beaucoup ; il émettait des idées singulières.

En même temps, sa parole devenait un peu embarrassée.

Vers le mois de novembre 1876, il eut une crise d'un caractère alarmant. Pendant quelqnes heures son intelligence s'était tout à fait obscurcie; il ne parlait pas; il ne paraissait pas comprendre ce qu'on lui disait et faisait des actes déraisonnables.

A la suite de cette crise qui me paraît devoir être attribuée à une attaque congestive, la parole est restée quelque temps fort embarrassée; la mémoire est devenue plus faible. Depuis lors, aussi, M. H..... commença à être inhabile à se servir de ses doigts et de ses mains.

Un mois après la première crise, M. H..... en eut une autre d'un caractère différent: s'étant mis au lit, il fut subitement pris de terreur, cria qu'on voulait l'assassiner, et on eut beaucoup de peine à le calmer.

Pendant les années 1877 et 1878, il y a eu deux ou trois autres crises semblables aux précédentes. Après chacune d'elles, M. H... éprouvait une difficulté extrême à s'exprimer et à se souvenir. Après quelque temps, il s'améliorait un peu; mais l'affaiblissement intellectuel était néanmoins de plus en plus sensible.

Depuis quelques mois le trouble d'esprit s'est accentué. D'abord M. H... est devenu érotomane, perdant tout sentiment de pudeur, ne gardant aucune retenue dans ses actes ou ses paroles, même à l'égard de sa sœur et de ses jeunes neveux. Depuis le même temps il est poursuivi de l'idée de faire de grands voyages. Il marche une partie de la journée sans savoir où il va. Il entre dans les magasins, et y achète, au hasard, une grande quantité d'objets, sans songer à les payer. Partout où il entre, il demande à boire et à manger. Il pénètre chez des inconnus et met le désor-

dre dans leur maison. En un mot, il se livre à toutes sortes d'actes déraisonnables.

Au moment où je suis appelé à m'occuper de M. H... (24 juillet 1878), je constate une ataxie locomotrice évidente. M. H... peut encore marcher; mais il a besoin d'étendre les bras pour garder l'équilibre; il jette les pieds à droite et à gauche; il appuie fortement le talon, ses jambes tremblent: voulant se retourner, il manque de tomber; pour s'asseoir il se laisse aller lourdement.

Les bras et les mains ont encore des mouvements assez précis. M. H... est particulièrement habile à prendre des mouches, ce qui est, d'ailleurs, sa principale occupation. Les mains sont encore vigoureuses. Étendus, les bras ne tremblent pas.

Pour écrire, M. H... a besoin d'appuyer solidement la main et de serrer fort la plume. Quelques lettres sont mal formées. Mais dans l'ensemble, l'écriture est encore assez régulière.

Léger tremblement des joues, des lèvres et de la langue. La parole est un peu scandée; mais il n'y a pas d'embarras bien marqué.

Vision normale.

La sensibilité est partout conservée.

Etat mental : grand affaiblissement intellectuel; perte presque complète de la mémoire; incohérence des idées. Etat de satisfaction; M. H... est gai et content de tout. Les idées ne sont pas extravagantes; il est vrai que M. H... ne fait guère que répondre à ce qu'on lui demande, et ne paraît pas avoir beaucoup de spontanéité intellectuelle.

22 *août.* — Démence certaine. M. H... ne parle guère que d'une chose : il va partir pour l'Espagne, où il doit faire de brillantes affaires. Grande placidité d'humeur ; gaieté habituelle. M. H... fait toujours la chasse aux mouches. Quelquefois il traduit un peu de français en anglais, si toutefois on peut appeler son travail une traduction !

17 *octobre.* —M. H... parle toujours de son départ pour l'Espagne ; mais il ne semble guère s'apercevoir qu'il ne part en réalité jamais. Ayant reçu aujourd'hui une lettre d'une parente qui habite l'Ile-Maurice, il a cru, même après avoir vu la signature, que cette lettre venait d'une autre personne, habitant Bordeaux. Il est, du reste, incapable de comprendre ce qu'il lit, aussi bien que ce qu'il écrit.

Voici, par exemple, un extrait d'une de ses lettres :

« Vendredi, premier 1878.

» Mon cher ami. Je t'envoie le précieux répit qu'il faut que tu
» répondes à ta manière d'écrire que tu dois aux deux chefs de
» ces deux Messieurs chefs des deux scrupuleux. Il faut leur
» écrire toi-même et les instruire là dessus à ta manière, etc. »

20 *décembre*. — M. H... se plaint d'avoir été dérangé, pendant les dernières nuits, par des individus qui dansaient dans sa chambre, le menaçaient, et lui faisaient des grimaces. C'est la première fois, à ma connaissance, qu'il paraît avoir des hallucinations, ou du moins des illusions.

Juin 1879. — M. H... est toujours dans le même état d'affaiblissement intellectuel. Les hallucinations dont il vient d'être question ne se sont pas reproduites.

Il n'y a pas d'aggravation dans les désordres de la motilité.

REMARQUES. — Ici la progression de la maladie n'a pas été la même que dans l'observation précédente. L'ataxie locomotrice est encore venue la première, limitant son action aux membres inférieurs. Il est à noter que M. H... n'a jamais été gâteux d'une manière constante, et qu'il n'a jamais présenté de troubles viscéraux appréciables.

Les désordres intellectuels se sont montrés avant que la sclérose spinale ait fait sentir son action sur les membres supérieurs, qui, du reste, fonctionnent encore très régulièrement.

Il semble donc que la paralysie générale caractérisée par la démence, par une certaine extravagance des idées, par le délire des actes, par un léger embarras de la parole, se soit développée indépendamment de l'ataxie locomotrice, alors que celle-ci existait depuis environ quatre ans.

Pour les deux malades, nous croyons intéressant de faire remarquer que chez eux les symptômes de paralysie générale sont survenus à un âge où cette maladie est fort rare. On ne l'observe en effet que par exception après cinquante-cinq ans (Marcé, Foville). A ce titre le cas de M. G... est donc encore plus remarquable.

Etudions maintenant les explications qui ont été données de la coexistence de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice, dans les cas analogues à ceux des malades dont nous venons de raconter l'histoire.

Les explications se réduisent à deux principales : ou bien les maladies dont il s'agit ont entre elles des relations intimes, elles sont solidaires l'une de l'autre ; ou bien leur développement chez le même individu est le résultat d'une simple coïncidence.

Le plus grand nombre des auteurs croient que les maladies sont sous la dépendance l'une de l'autre ; mais cette dépendance est comprise de deux manières différentes.

Pour les uns, les lésions de l'ataxie locomotrice, progressant peu à peu, s'étendent de proche en proche, arrivent jusqu'à l'encéphale, et y déterminent la paralysie générale ; ou plutôt, pour mieux préciser encore, les lésions de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice étant de même nature, de même espèce, c'est leur extension dans des milieux différents, qui produit une symptomatologie différente, suivant le type clinique de chaque maladie.

Pour d'autres, au contraire, le développement de la paralysie générale consécutive à l'ataxie locomotrice est causé simplement par une influence réflexe (1).

Cette dernière explication est, il est vrai, purement hypothétique. Cependant, elle mérite qu'on s'y arrête. Elle s'appuie en effet sur les notions relatives à l'action des nerfs vaso-moteurs, notions physiologiques qui deviennent chaque jour plus précises, et que les savants, depuis Cl. Bernard jusqu'à Vulpian, ont de plus en plus mises en lumière (2).

On sait comment agit le système des nerfs vaso-moteurs. Cet appareil nerveux, formant par son ensemble le grand-sympathique, paraît prendre son origine de la substance grise de la moelle, dans toute son étendue, ou du moins être en relations intimes avec elle. Il se termine dans la tunique musculaire des vaisseaux sanguins. Lorsqu'il est soumis à une irritation, les vaisseaux qui se trouvent sous

(1) Voisins. *Traité de la Paralysie générale* (1879).
(2) Vulpian. *Leçons sur l'appareil vaso-moteur* (1875).

l'influence de l'action irritante se paralysent. Il en résulte une congestion par stase du sang, et par suite, l'inflammation du territoire arrosé par les vaisseaux paralysés. Dans le cas qui nous occupe, les nerfs vaso-moteurs qui président à l'action des vaisseaux de l'encéphale, irrités, à leur origine, par l'inflammation chronique de la moelle, détermineraient l'hyperhémie du cerveau, et consécutivement les lésions propres à la paralysie générale.

Cette hypothèse est fort plausible; elle explique d'une manière satisfaisante le plus grand nombre des faits. Mais ce n'est qu'une hypothèse, et pour le moment il convient de ne pas lui accorder une importance décisive.

Nous devons examiner plus longuement la doctrine de la propagation par extension d'un même processus morbide dans la continuité des tissus

Cette doctrine est formulée pour la première fois par Jaccoud en 1864 (1). S'appuyant sur des faits observés par les auteurs allemands, Horn en 1833, Westphall en 1845, Jaccoud constate que : « Dans certains cas, l'ataxie précède, de plusieurs mois ou de plusieurs années, les désordres intellectuels et les autres phénomènes caractéristiques de la paralysie générale; que ces faits, si étranges en apparence,....... perdent toute leur obscurité si l'on envisage le sujet au point de vue anatomique. Que voit-on, en effet? Un individu présente, depuis un temps variable, l'ensemble des phénomènes par lesquels s'accuse la sclérose spinale postérieure; le diagnostic en a été fait. Mais les accidents ont une marche ascendante; les désordres, limités pendant un temps plus ou moins long, aux membres inférieurs, ont gagné les membres supérieurs; d'où l'on a conclu, avec toute vérité, que la lésion a envahi le renflement brachial de la moelle. Les choses restent en cet état, puis un jour éclatent des phénomènes d'ordre nouveau; on dit que le malade est atteint de paralysie générale. Le

(1) Jaccoud. *Les Paraplégies et l'Ataxie du mouvement* (1864).

par des selles involontaires. Peu à peu, il survient des douleurs en ceinture, une sensation de constriction à la base du thorax, de l'oppression. Plus tard, les mains deviennent inhabiles ; les bras sont pris de tremblement, ce qui oblige le malade à suspendre ses occupations, si son travail exige une certaine délicatesse. On voit apparaître aussi de l'hésitation de la parole, du tremblement fibrillaire des lèvres, des mouvements vermiculaires à la surface de la langue, de l'inégalité pupillaire. En même temps, l'intelligence s'affaiblit, la mémoire est infidèle, l'aptitude au travail diminue. Les erreurs deviennent fréquentes, habituelles. L'imprévoyance préside à la plupart des actes de l'individu. Le caractère change, le malade ne se montre plus lui-même; il devient irritable, difficile à conduire ; ou bien, au contraire, il se montre d'une docilité enfantine et se laisse diriger sans la moindre résistance. Souvent naissent des idées délirantes, ambitieuses, hypocondriaques, mélancoliques, des idées de persécution.... Mais les formes variées de ces délires n'empêchent pas de reconnaître dans ses conceptions l'œuvre du paralytique. Elles ont toutes un certain cachet de démence qui leur sert en quelque sorte de marque originelle. »

Voilà donc la marche clinique de la propagation entièrement exposée. Nous ferons remarquer qu'un grand nombre des traits de notre première observation se rapportent à cette description. Les symptômes successivement observés indiquent bien que les lésions gagnent de bas en haut, produisant sur leur passage des phénomènes morbides en rapport avec les fonctions des parties altérées. Ces lésions paraissent envahir enfin le cerveau et, dès lors, se manifestent les signes de la paralysie générale.

C'est à l'aide des recherches anatomiques, particulièrement de celles qui peuvent être faites avec le secours du microscope que, dans la doctrine dont nous nous occupons en ce moment, le fait de la progagation a été expliqué.

Voyons donc ce qu'ont fait connaître ces recherches.

Ceux qui, les premiers, ont tenté de trouver la raison anatomique des rapports de la paralysie générale avec l'ataxie locomotrice ont rencontré, d'une part, les lésions propres à cette dernière maladie et, d'autre part, les lésions regardées jusque-là comme caractéristiques de la paralysie générale, c'est-à-dire les adhérences méningées et la périencéphalite si bien décrites par Calmeil. Ils n'ont pas trouvé d'autres motifs de cette coexistence que des influences de voisinage, explication sans portée, et qui laissait au fait toute son obscurité.

Les plus récents observateurs, Hayem (1), Mierzejewski (2), Magnan (3) et d'autres, sont allés plus avant et ont donné une explication d'une plus haute portée.

Pour eux, les deux maladies, sous le rapport anatomique, ne sont plus regardées comme différentes ; une même espèce de lésions leur est commune, et il n'y a des symptômes différents que parce que les lésions affectent des régions différentes. Ils ont trouvé que, dans la plupart des cas, un même processus sclérosique s'étendait, sans discontinuer, de la moelle au cerveau. Ils en ont conclu que cette sclérose généralisée devait, à elle seule, tout expliquer ; et, allant aussi loin que possible, ils ont voulu faire admettre que, par suite, ataxie locomotrice et paralysie générale ne sont que deux expressions différentes d'une même entité morbide.

C'est encore à M. Magnan que nous demanderons l'exposé le plus net, le plus complet de cette doctrine. D'après lui, « les lésions visibles à l'œil nu ne sont nullement caractéristiques de la paralysie générale. Les lésions constatées au microscope sont les seules essentielles ; seules, elles doivent rendre compte de tous les phénomènes morbides. Ces

(1) Hayem. — Archives de physiologie, 1876.

(2) Mierzejewski. — Archives de physiologie, 1875.

(3) Magnan. — Recherches sur les Centres nerveux, 1876.

lésions internes consistent en une prolifération nucléaire du tissu interstitiel dans la totalité des centres nerveux. En un mot, c'est une sclérose généralisée qui, toutefois, n'atteint jamais un degré aussi considérable dans le cerveau que dans la moelle. »

Des objections très graves se sont élevées contre cette doctrine, si graves qu'elles ne la laissent pas subsister.

On a fait remarquer d'abord, en ce qui concerne l'observation clinique des faits, que souvent (comme dans notre deuxième cas) il n'y a pas une continuité réelle entre les manifestations morbides de la moelle et celles du cerveau. Les douleurs dans le thorax et dans les membres supérieurs, les phénomènes d'oppression consécutifs aux lésions de la moelle dorso-cervicale font défaut, ou bien n'apparaissent qu'après les phénomènes encéphaliques. Comment, dans ces conditions, a pu se faire la propagation par continuité de lésion, sans se trahir par aucun symptôme?

On a ajouté que les cas sont bien rares, où l'ataxie locomotrice se complique de troubles intellectuels, où elle est accompagnée de symptômes semblables à ceux de la paralysie générale. En effet, tous les auteurs qui ont écrit sur la sclérose spinale postérieure sont d'accord pour constater que très rarement, et seulement par exception, cette maladie présente dans son cours des phénomènes d'aliénation mentale. Il y a même des cas, comme celui que rapporte Voisin (1), dans lequel les lésions de l'ataxie locomotrice ont pu être suivies jusqu'au centre du cerveau chez une femme qui n'avait jamais présenté de désordres intellectuels. Comment croire que si la paralysie générale et l'ataxie locomotrice étaient réellement deux expressions différentes d'un même processus morbide, elles ne se rencontreraient pas plus fréquemment réunies chez le même individu? Et cependant beaucoup d'ataxiques vivent de longues années, après le début de leur maladie, sans être jamais en délire ou en démence.

(1) Voisin. — Traité de la Paralysie générale, page 252.

Les lésions que les auteurs précédemment cités, et d'autres avec eux, ont constatés à l'aide du microscope, ces lésions peuvent exister réellement aussi bien chez les paralytiques généraux que chez les ataxiques. Elles ont été vues, étudiées, cela est incontestable. Mais ce à quoi l'on n'a pas pris garde lorsqu'on a dit que la sclérose était la caractéristique anatomique de la paralysie générale et de l'ataxie, c'est que cette sclérose, sous quelque forme qu'elle se présente, n'a été rencontrée que chez des individus qui étaient, depuis longtemps déjà, fous paralytiques; leur maladie datait de quatre ans et plus. Si les lésions propres à l'encéphalite interstitielle diffuse s'étaient, chez eux, développées dans la masse cérébrale, dans le bulbe et dans la moelle, c'est que leur maladie avait eu une durée considérable; c'est qu'elle avait vieilli. Il s'était produit là le même phénomène de dégénérescence qui se produit autour de presque toutes les affections organiques, anciennes, des centres nerveux. Dans les cas aigus, au contraire, lorsque la durée de la paralysie générale a été courte, et qu'il n'y a pas eu d'erreurs de diagnostic, on n'a pas trouvé à l'autopsie autre chose que les lésions spéciales à cette forme d'aliénation mentale.

Ces lésions, telles que les ont si bien décrites Calmeil (1), Marcé (2), et tout récemment M. A. Foville (3) consistent dans l'inflammation simultanée de la pie-mère et de la couche corticale du cerveau, avec adhérences intimes de l'une à l'autre, adhérences telles que, quelles que soient les précautions prises, quelle que soit l'ancienneté de la maladie, on ne peut parvenir à séparer le cerveau de son enveloppe, ou que, du moins, en enlevant la méninge, on enlève nécessairement le tissu sous-jacent. Je ne m'arrêterai pas à décrire davantage ces lésions; la description

(1) Calmeil. — Traité de l'inflammation du cerveau.
(2) Marcé. — Traité des maladies mentales.
(3) Foville. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, article : Paralysie générale.

en est toute faite dans les auteurs dont je viens de parler. Mais ce sur quoi il importe d'insister, c'est qu'elles sont à elles seules caractéristiques de la paralysie générale, « pathognomoniques », suivant l'expression de M. A. Foville. En vain a t-on prétendu que dans certains cas elles avaient fait défaut et que, par conséquent, elles ne devaient pas être considérées comme typiques. Dans ces cas-là, ou bien elles étaient masquées par la détérioration avancée du cerveau, et se confondaient avec d'autres lésions ; ou bien il y avait une de ces erreurs de diagnostic auxquelles je faisais allusion tout à l'heure, qui malheureusement sont quelquefois inévitables, même pour les meilleurs observateurs, à en juger par ce qui a trait aux pseudo-paralysies générales, décrites récemment par M. Fournier (1), et dans lesquelles il est presque impossible de reconnaître la maladie véritable, si l'on n'est pas exactement renseigné sur les antécédents spécifiques. Or là, pendant la vie, il y avait tous les symptômes de la paralysie générale, et à l'autopsie on ne trouve que des tumeurs syphilitiques multiples, sans adhérence des méninges à l'écorce cérébrale.

La paralysie générale est donc d'une manière indiscutable caractérisée avant tout, et même presque exclusivement, par des lésions superficielles de la couche corticale du cerveau et par les adhérences des méninges. Si d'autes lésions se produisent, ou bien elles sont indépendantes et distinctes, ou bien elles ne surviennent que par le fait de l'ancienneté de la maladie et des progrès de la dégénérescence morbide.

L'encéphalite interstitielle généralisée ainsi, mise hors de cause, comme lésion primordiale et caractéristique de la paralysie générale, l'explication proposée, dans la question qui nous occupe, ne concorde plus avec la réalité des faits. Partant, elle ne résout rien, et nous continuons de nous trouver en présence du même problème que tout à

(1) Fournier. — La Syphilis du cerveau, 1878.

l'heure, à savoir : comment et pourquoi la paralysie générale s'est produite au cours de l'ataxie locomotrice.

Il reste une explication qui, ne préjugeant rien de la nature des deux maladies, me paraît, en somme, dans l'état actuel de la science, devoir être regardée comme la meilleure. D'après elle il y aurait entre la paralysie générale et l'ataxie locomotrice des relations de simple coïncidence, réunissant chez le même individu deux entités morbides indépendantes l'une de l'autre.

Cette manière de voir était celle de Baillarger, lorsqu'il publia, en 1862, quelques réflexions sur les rapports entre la paralysie générale et l'ataxie locomotrice (1). C'est, du reste, à lui que revient le mérite d'avoir, le premier en France, appelé l'attention sur ce point intéressant de la pathologie mentale. Il pense donc qu'il faut regarder les malades de ce genre comme ayant été atteints de deux affections distinctes, dont les symptômes sont venus se surajouter et se confondre.

Axenfeld (2) est du même avis : « Il n'y a, dit-il, de véritable difficulté à établir le diagnostic entre l'ataxie et la paralysie générale que si elles se trouvent associées. Mais dans les cas de cette espèce, il s'agira moins de différencier deux maladies que de faire, par une analyse exacte, la part de chacune d'elles. »

Dagouet (3) est encore plus explicite : « On voit dans quelques cas la paralysie générale survenir à la suite de l'ataxie locomotrice ; mais, ... ces faits sont rares, et ne peuvent guère être considérés le plus souvent que comme une simple coïncidence. »

Ce qui donne encore plus de valeur à cette manière d'envisager les choses, c'est que, dans la plupart des cas, la paralysie générale et l'ataxie locomotrice ont pour cause

(1) Baillarger. — Annales médico-psychologiques, 1862.

(2) Axenfeld. — Dictionnaire encyclopédique, art. Ataxie locomotrice.

(3) Dagonet. Traité des maladies mentales, 2e éd., 1879.

commune les excès de tout genre auxquels se sont livrés ceux qui en sont atteints.

Nous pourrions ici nous tenir pour satisfait et ne pas chercher d'explication nouvelle à la coexistence des symptômes de paralysie générale et des symptômes d'ataxie locomotrice.

Cependant, nous tenons à ajouter quelques considérations qui nous paraissent avoir bien leur raison d'être.

Nous nous sommes demandé si, dans quelques-uns des faits mis en cause, il s'agissait réellement de paralysie générale et d'ataxie locomotrice.

Cette proposition semble de prime abord paradoxale ; il faut donc l'expliquer.

Une des raisons pour lesquelles un certain nombre d'observateurs veulent voir dans la sclérose interstitielle généralisée la lésion primordiale de la paralysie générale, c'est, disent-ils, que dans quelques cas les adhérences méningées ont fait défaut et qu'on n'a pas trouvé nettement la périencéphalite diffuse.

A cela, comme nous l'avons dit plus haut, on a répondu que, dans les cas où cette périencéphalite n'avait pas été reconnue, c'est que la maladie était ancienne et que, par conséquent, les lésions de l'encéphale étaient devenues si confuses, qu'il était impossible de reconnaître la lésion initiale.

On a répondu encore, et avec plus de raison, que, dans ces cas, il y avait eu sans doute erreur de diagnostic et qu'on n'avait pas eu affaire à une vraie paralysie générale. La possibilité des erreurs de ce genre est hors de doute, depuis les travaux de M. Fournier, dont nous avons déjà parlé (1), travaux dont les conclusions ont été rendues plus précises encore par M. Foville, dans une étude récente sur les « Rapports entre la Syphilis et la Paralysie générale » (2).

(1). A. Fournier. — La Syphilis cérébrale.

(2) A. Foville. — Annales médico-psychologiques, mai 1879.

M. Foville établit péremptoirement que, dans certaines conditions, les erreurs de diagnostic sont à peu près inévitables, même pour d'habiles cliniciens.

Or, nous nous sommes demandé si des erreurs de ce genre n'avaient pas été faites à l'égard d'un type morbide dont la connaissance est encore bien nouvelle et dont la description est à peine ébauchée ; je veux parler de la « sclérose cérébro-spinale. »

Nos réflexions ont été attirées de ce côté par la lecture d'une observation consignée par Magnan dans ses « Recherches sur les centres nerveux », relative à un malade chez qui on constatait l'existence simultanée des symptômes de paralysie générale, d'ataxie et de sclérose en plaques. Malheureusement, dans ce cas, il n'y a pas eu d'autopsie.

Nous avons rapproché ce fait complexe des faits analogues dont parle Charcot (1), dans lesquels on trouve à la fois des signes d'ataxie, de paralysie agitante et de paralysie générale et qui sont tout simplement des cas de la forme cérébro-spinale de la sclérose en plaques.

Les faits de ce genre ne comprendraient-ils pas quelques-uns de ceux où il y avait eu des signes de paralysie générale, alors qu'à l'autopsie on ne trouvait pas les lésions caractéristiques de cette maladie ?

Si, en effet, on se reporte aux descriptions données de la sclérose cérébro-spinale (2), on trouve qu'elle comprend la plupart des symptômes observés séparément dans l'ataxie et dans la paralysie générale. Par les phénomènes abdominaux, elle se rapproche de la première ; par les troubles encéphaliques, elle rappelle la seconde.

Voici quelles sont les manifestations reconnues de ce nouveau type morbide :

(1) Charcot. — Leçons sur le Système nerveux, 1875

(2) Voir : Charcot, *loco citato*.
Dictionnaire encyclopédique, articles Cerveau et Moelle.
Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie, articles Encéphale et Moelle.

On a observé des troubles intellectuels divers : affaiblissement de la mémoire, démence, accès de mélancolie, exaltation religieuse, délire ambitieux, stupeur.

On a vu, au cours de la maladie, survenir des attaques apoplectiques, disparaissant et ne laissant pas après elles de paralysie persistante et ne marquant leur passage que par une aggravation de l'état général.

Les troubles de la motilité ont été de nature diverse : paralysie fort incomplète, n'affectant ni la forme hémiplégique, ni la forme paraplégique ; phénomènes ataxiques variés, embarras de la parole, etc.

Les phénomènes propres à faire éliminer l'existence de la paralysie générale, les convulsions, et surtout le tremblement propre à la sclérose, ont manqué bon nombre de fois.

L'erreur peut donc être facile, malgré la plus grande attention, et lorsqu'on n'est pas à même d'analyser les éléments d'un diagnostic précis : nature des troubles musculaires, forme du délire, etc.

En ce qui concerne notre première observation, dans laquelle nous avons noté : 1° que le tremblement donnait à l'écriture une forme en zigzags qui n'est pas habituelle dans la paralysie générale ; 2° que le délire n'avait pas la mobilité propre à cette dernière maladie ; nous serions porté à croire que c'était une sclérose cérébro-spinale progressive, plutôt qu'une ataxie locomotrice compliquée de symptômes de paralysie générale. Quant aux autres symptômes présentés par M. G..., ils ne différaient guère, non plus, par leur ensemble, de ceux que les auteurs indiquent comme appartenant à la sclérose cérébro-spinale.

Nous ne prétendons pas donner à ces dernières considérations plus de valeur qu'elles n'en ont réellement. Il leur manque d'ailleurs une justification importante dans des recherehes anatomiques que, malheureusement, nous n'avons pas été à même de faire. Mais dans les questions obscures, indécises, on ne saurait chercher trop de moyens de s'éclairer.

Je me résume et je conclus :

La coexistence des symptômes d'ataxie locomotrice et de paralysie générale a été comprise de trois manières différentes :

Ou bien il y a propagation d'une maladie à l'autre par influence réflexe des nerfs vaso-moteurs ;

Ou bien la seconde maladie succède à la première par extension des lésions de celle-ci ; selon quelques auteurs même, les lésions des deux maladies ne consisteraient que dans un seul type, la sclérose interstitielle diffuse ;

Ou bien, enfin, il y a simple coïncidence, et les deux maladies doivent être considérées comme parfaitement distinctes l'une de l'autre, au moins sous le rapport anatomo-pathologique. C'est à cette dernière manière de voir que nous nous rangeons.

Mais il y aurait peut-être encore à rechercher si un certain nombre de ces cas de coexistence de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice ne seraient pas plutôt des cas de sclérose cérébro-spinale généralisée, dans lesquels les symptômes, propres à établir l'aliénation mentale, auraient eu une prédominance exceptionnelle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE & PHARMACIE DE TOULOUSE

Séance du 21 octobre.

Présidence de M. JANOT, Président.

Présents : MM. Janot, Molinier, J. Delaye, Armieux, Faurès, Cazac, Mauri, Timbal-Lagrave père, Jougla, Saint-Plancat, Terson, Timbal-Lagrave fils, Roque-d'Orbcastel, Couseran, Garipuy, Giscaro, secrétaire général.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

La correspondance imprimée ne contient que les publications périodiques habituelles.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour. — M. Giscaro, appelé à payer son tribut académique, lit un travail intitulé : ***Note sur un cas de dyspepsie grave avec urines sulfhydriques.***

Il s'agit d'un homme de 43 ans, atteint d'une dyspepsie parvenue à un état de gravité extrême, dans le cours de laquelle survinrent des urines renfermant de l'acide sulfhydrique. Après avoir recherché avec soin, mais en vain, soit dans les symptômes de la maladie, soit dans les habitudes, les antécédents ou l'alimentation du malade, les causes de ce phénomène qui, après sept ans, se reproduit encore de temps en temps et coïncide avec le retour des accidents dyspeptiques dont le sujet n'est pas complètement débarrassé, l'auteur soumet le cas à ses collègues et demande à leur expérience éclairée l'explication de ce fait insolite dont on ne trouve aucun exemple dans les auteurs.

Cette lecture est suivie d'une intéressante discussion à laquelle prennent part MM. Timbal-Lagrave fils, Armieux, Jougla, Saint-Plancat, Janot.

M. le Président remercie M. Giscaro au nom de la Société.

L'ordre du jour appelle le vote sur la candidature de M. le docteur Parant au titre de membre résidant.

17 membres, ayant droit de vote, prennent part au scrutin. — Le candidat, ayant réuni l'unanimité des suffrages, est proclamé membre résidant.

Sur la proposition de plusieurs membres, une place de résidant dans la section de médecine et chirurgie est déclarée vacante.

D'autres membres demandent qu'il en soit également déclaré une dans la section de pharmacie. Cette proposition, mise aux voix, est repoussée par la majorité.

La séance est levée à 6 heures.

Séance du 4 novembre 1873.

Présidence de M. JANOT, Président.

Présents : MM. Janot, Molinier, d'Auriol, Saint-Plancat, Mauri, Baillet, Jougla, Dazet, Parant, Armieux, Faurès, Cazac, Timbal-Lagrave fils, Caubet, Garipuy, Roque-d'Orbcastel, Giscaro, secrétaire général.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

M. Parant demande la parole pour remercier la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'admettant dans son sein, honneur qu'il désirait ardemment et dont il tâchera de se montrer digne.

M. le Président souhaite la bienvenue à notre nouveau collègue. La Société, dit-il, a été heureuse d'accueillir un confrère aussi méritant et dont les connaissances spéciales sont si justement appréciées.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

La correspondance imprimée ne renferme rien de particulier.

A propos de la correspondance, M. Armieux rend compte verbalement de deux travaux de MM. Victor Meurin, de Lille, et Tachard. Le premier est le résumé d'observations météorologiques faites à Lille par l'auteur.

Le second n'est que la rédaction détaillée d'une communication verbale faite précédemment par l'auteur.

M. Armieux conclut à ce que des remerciements soient adressés à M. Meurin, et que le travail de M. Tachard soit renvoyé au Comité de publication. Ces conclusions sont adoptées.

L'ordre du jour appelle les conférences du *primâ mensis*. Chaque collègue signale à son tour les affections qui ont paru se rattacher à la constitution médicale du mois d'octobre.

M. Noguès, porté au tableau pour payer son tribut académique, est absent. Il s'est fait excuser et demande un tour prochain de lecture. — Accordé.

M. Molinier rend compte verbalement d'un mémoire de M. Wasseige intitulé : *Du laminage de la tête fœtale*.

Le même membre demande à la section de pharmacie des renseignements sur le bromure de potassium qui se vend à Toulouse. Quelques accidents s'étant produits dans un cas récent de sa pratique, il craint que ce sel ne soit pas suffisamment pur.

M. Saint-Plancat croit pouvoir rassurer son collègue à cet égard. Le bromure de potassium qui se vend à Toulouse est parfaitement pur et de bonne qualité.

MM. Janot, Giscaro et Timbal-Lagrave fils confirment ces renseignements. Les deux premiers ont admininistré le bromure à des doses élevées, — 12 à 15 grammes, — sans qu'il se soit produit le moindre accident.

La séance est levée à 5 heures 40 minutes.

Séance du 11 novembre 1879.

Présidence de M. JANOT, Président.

Présents : MM. Janot, Molinier, Cazac, Ripoll, Roque-d'Orbcastel, Baillet, Parant, d'Auriol, Armieux, Mauri, Saint-Plancat, Faurès, Naudin, Jougla, Giscaro, secrétaire général.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

La correspondance imprimée ne comprend que les publications périodiques habituelles.

La correspondance manuscrite renferme une lettre d'avis de l'Académie smithsonnienne, annonçant l'envoi d'ouvrages divers.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

M. le président annonce qu'il a reçu officiellement avis que l'administration municipale était dans l'intention de disposer prochainement du local de la Société pour y installer la bibliothèque des Facultés des lettres et des sciences. Elle mettrait un autre local à notre disposition.

Divers membres échangent des observations sur les nombreux inconvénients que présente ce déplacement, surtout au point de vue des consultations gratuites, les malades se trouvant désormais obligés de se transporter dans un quartier fort éloigné du centre de la ville.

M. le Président étant prié de se faire auprès de l'administration l'interprète de la Société et de lui présenter des observations dans ce sens, le secrétaire général est chargé de prendre des renseignements précis sur le projet en question.

M. le Président, en l'absence et au nom de M. Garipuy, le secrétaire général, lit le rapport sur la constitution médicale du mois d'octobre, qui est adopté.

M. Ripoll, appelé par l'ordre du jour à payer son tribut académique, lit un travail intitulé : *Accidents tardifs de syphilis héréditaire.*

Cette lecture est suivie d'une intéressante discussion, à laquelle prennent part MM. Naudin, Armieux, Faurès et Mauri.

M. le Président remercie M. Ripoll au nom de la Société.

M. Dazet a pris séance.

M. Ripoll fait un rapport verbal sur un ouvrage de M. le docteur Lœwemberg ayant pour titre : *Tumeurs adénoïdes du pharynx.* Il fait l'éloge de ce travail, qui est fait avec beaucoup de soin,

et conclut à ce que des remercîments soient adressés à l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées après quelques réflexions présentées par MM. Armieux et Mauri.

La séance est levée à 5 heures 40.

Séance du 21 novembre 1879.

Présidence de M. JANOT, Président.

Présents : MM. Janot, Molinier, Parant, Naudin, Delaye, d'Auriol, Ribell, Cazac, Saint-Plancat, Peyreigne, Jougla, Faurès, Armieux, Garipuy, Roque-d'Orbcastel, Dop, Giscaro, secrétaire général.

La correspondance manuscrite renferme une lettre de M. le docteur Fort, faisant hommage à la Société de son ouvrage et demandant le titre de correspondant.

Le procès-verbal de la dernière séance a été lu et adopté.

Les procès-verbaux des travaux d'intérieur ont été lus.

Ordre du jour. M. Marchant, appelé par l'ordre d'inscription à payer son tribut académique, est absent et n'a rien envoyé.

M. Molinier présente un rapport verbal sur l'ouvrage de M. le docteur Abeille, correspondant de la Société, intitulé : *Des fibrômes interstitiels de l'utérus*. Il fait l'éloge de ce travail, et conclut à ce que des remercîments soient adressés à l'auteur.

Ce rapport est suivi d'une discussion fort intéressante à laquelle prennent part MM. Ribell, Jougla, Faurès et Garipuy.

Les conclusions sont adoptées. M. le Président remercie M. Molinier au nom de la Société.

Après un court débat sur l'application de l'article 7 de nos statuts, la candidature de M. Fort est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Faurès, Molinier et Ribell.

M. le Président rend compte de l'entrevue qu'il a eue avec M. Bibent, adjoint du maire, relativement au déplacement projeté. Il fait part des objections qu'il a présentées, non seulement au point de vue de nos réunions, mais encore et surtout dans l'intérêt des consultations gratuites et des vaccinations. Il lui a été répondu que l'administration, très bien disposée, d'ailleurs, pour la Société, avait la main forcée par l'Académie et qu'elle ne pou-

vait pas mettre à notre disposition de local plus convenable que celui déjà indiqué.

Le secrétaire général confirme ces renseignements en y ajoutant quelques détails.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Jougla, Naudin et Armieux, il est décidé que les bureaux de la Société et de l'Association médicale réunis se rendront au Capitole pour y faire toutes représentations qu'il conviendra.

La séance est levée à 6 heures 10 minutes.

REVUE DES JOURNAUX ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Etude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes. — Dans ses leçons sur les maladies du système nerveux, M. Charcot consacre quelques pages au ralentissement permanent du pouls et à sa liaison possible avec des attaques syncopales et apoplectiformes ; il rapporte, à cet égard, l'intéressante observation du Dr Halberton (*Méd.-chir. Transact.*, 1844). Tel est le point de départ du travail de M. Blondeau qui, aux quelques observations déjà publiées, ajoute quatre observations inédites, recueillies dans le service de M. Charcot. Le total forme le chiffre assez respectable de dix-sept cas dans lesquels l'existence du syndrome ralentissement permanent du pouls et attaques a été notée. Comme, dans quelques-uns des cas, on a de plus signalé la coexistence de symptômes bulbaires, tels que dyspnée et vomissements, on est autorisé à supposer, ainsi que l'a fait M. Charcoti, que ce syndrome est sous la dépendance d'une lésion bulbaire. (Extrait de la *Revue mensuelle.*)

Argyriose consécutive à de nombreuses cautérisations pharyngiennes avec le nitrate d'argent. — Une femme de 46 ans, qui avait subi dans l'arrière-bouche des cautérisations plusieurs fois répétées, avec le nitrate d'argent, vit toute la surface de son corps se couvrir d'une coloration bleuâtre.

Un cas semblable avait déjà été publié par le Dr Krishaber, et une troisième observation, très-caractéristique, avait été insérée dans la *Gazetta medica italiana*, en 1862.

De ces faits l'auteur conclut : 1° que de fréquentes cautérisations au nitrate d'argent peuvent produire sur la peau et les muqueuses la teinte bleuâtre caractéristique de l'argyriose ; 2° que l'absorption du sel argentique peut avoir lieu en partie par la muqueuse cautérisée, mais bien plus par les voies digestives qui reçoivent les produits de la cautérisation imprégnés d'azotate d'argent. (*Il Morgagni.*)

CONSTITUTION MÉDICALE.

Rapport sur les maladies qui ont régné à Toulouse pendant le mois de novembre 1879;

Par M. le Dr GARIPUY.

Le mois de novembre a été pluvieux et froid ; aussi vous ne vous étonnerez pas de voir que la constitution médicale est devenue franchement catarrhale.

Vous avez en effet observé des cas d'inflammation catarrhale, des voies respiratoires et des voies digestives. Les coryzas, les bronchites, les pneumonies ont sévi avec une grande intensité ; et vous avez vu bien des vieillards succomber aux atteintes de cette saison rigoureuse, leurs organes respiratoires, déjà usés par l'âge, n'offrant pas une résistance suffisante à l'action funeste du froid humide.

Chez les jeunes gens et chez les adultes, vous avez combattu bien des angines, des embarras gastriques, des diarrhées catarrhales.

Chez les jeunes enfants, vous avez été appelé à lutter contre des laryngites à forme grave, à toux rauque et simulant par certains symptômes le vrai croup, à tel point que les parents viennent vous chercher en affirmant que l'enfant est atteint de cette terrible maladie. Celle-ci a été, en effet, assez rare ; et bien que l'état civil lui attribue trois cas de mort, un seul est réellement authentique.

Les rhumatismes, nombreux ce mois-ci, n'ont amené qu'un décès.

Les fièvres muqueuses, typhoïdes, sont en décroissance marquée, mais trop fréquentes encore. Elles ont été suivies dix fois de mort. L'hôpital militaire n'a eu de ce fait qu'un seul décès.

En résumé, la constitution médicale est funeste aux vieillards, et relativement bonne pour les individus qui offrent à l'action du froid une résistance suffisante.

OBSERVATIONS météorologiques et nature des causes

l'Etat civil pendant le

ALTITUDE : 146 m.

DATES.	Pression atmosphérique.	Température de la journée. max	min	Humidité relative.	Pluie ou neige	Vent	Variole. H.	F.	Rougeole. H.	F.	Scarlatine. H.	F.	Erysipèle. H.	F.	Fièvre typhoïde H.	F.	Rhumatisme. H.	F.	Diphthérite ou croup. H.	F.	Tuberculisation. H.	F.	Vieillesse. H.	F.	Enfants d'un j. à un an
1	749, 0	19	10	86	0,5	SSE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	.
2	746, 9	17	12	80	0,2	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
3	756, 0	11	3	73	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.
4	759, 0	10	0	70	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	1
5	760, 4	12	0	70	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	1	1
6	762, 5	11	1	69	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.
7	765, 9	10	3	74	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1	2
8	762, 5	12	3	83	.	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	1	.	1
9	757, 0	14	5	80	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.
10	758, 9	15	4	75	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	1	.	4	.
11	757, 9	13	5	80	0,5	SO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	3	1	.
12	758, 0	14	9	86	0,5	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	2	.	1	.	.
13	757, 0	11	5	72	0,4	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.
14	757, 0	9	4	79	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	1	.	.	2	.
15	757, 0	6	-2	74	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	1	.	.	1	.
16	760, 2	5	-4	85	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.
17	762, 2	6	-4	89	.	NO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	1	.
18	760, 6	7	-1	81	0,4	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	.	1	2	3
19	753, 2	5	0	86	0,6	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1	.
20	746, 0	8	3	70	.	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	5	.
21	748, 0	13	1	80	1,5	E	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	1	1	.	.
22	747, 0	16	2	80	.	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	5	.
23	751, 0	11	9	83	8;5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2	2	.
24	753, 5	8	5	77	.	N	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2
25	748, 0	8	4	71	5,0	E	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	2
26	747, 0	8	5	94	6,0	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	.
27	743, 0	8	5	83	3,5	O	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	4	1	4	2	1
28	737, 8	10	5	81	1,0	SE	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	2	.	1
29	740, 6	8	6	83	6,5	S	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	3	1	3
30	741, 5	3	2	76	.	O	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1
31							.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
MOYENNES DU MOIS :	753,48	10	3	79	1,17		.		.		.		1		10		1		3		30		72		19

Total général des décès........

de DÉCÈS à Toulouse, d'après les déclarations faites à
mois de Novembre **1879.**

Population ; 131,642 (1876).

Méningite ou convulsions des enfants.		Hémorrhagie cérébrale.		Paralysies.		MALADIES DE L'APPAREIL — RESPIRATOIRE — Pleuro pneumonies		Bronchites		Chroniques		CIRCULATOIRE — Aiguës		Chroniques		DIGESTIF — Diarrhées, dysenterie.		Cholérine.		Suites de couches.	Affections chirurgicales		MORTS VIOLENTES — Accidentelles.		Volontaires.		Causes diverses.	
H.	F	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.		H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	1	2	.	.	1	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	2	.
.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1
.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1	1
.	.	.	.	1	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	2	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	2
.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.
.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1
.	1	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	1
.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2
.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	.
.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.	1	2
.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5		11		10		14		4		13		.		10		7		.		4	11		3		.		41	

…mes....... 128
…mes .... 122 } 269
…es enfants.. 19

Naissances..... { Garçons........ 118 / Filles.......... 107 } 225

Mort-nés ...... { Garçons........ 12 / Filles.......... 6 } 18

CHRONIQUE.

M. le docteur Cadène vient d'être nommé chef-interne de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, à partir du 1er janvier 1880, en remplacement de M. le docteur Guilhem, médecin-adjoint des hôpitaux.

— Le concours de l'internat pour les hospices de Toulouse vient de se terminer par la nomination de MM. Cabannes et Tayac, internes titulaires, et de M. Parant, interne provisoire.

— D'après la nouvelle législation la Commission administrative des hôpitaux et hospices civils de Toulouse, a été reconstituée et se trouve composée comme suit : MM. le Maire de Toulouse, président ; M. le premier-président de Saint-Gresse, vice-président ; MM. Resseguier, adjoint au maire, et Pouy, délégués du Conseil municipal de Toulouse. MM. de Roquette-Buisson, Bermont et Moffre, délégués du Préfet.

— *Ecole de médecine et pharmacie de Toulouse.* — Un concours sera ouvert le 1er mai 1880, à une place de suppléant pour les chaires de chimie, pharmacie, etc. Le suppléant sera chargé du cours complémentaire de physique médicale.

Le Secrétaire du Comité de publication,

CAUBET.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XIII

(Par noms d'auteurs).

Pages.

D'AURIOL. — Des vers intestinaux chez les enfants........................ 17

BIBLIOGRAPHIE. — Du gargarisme laryngo-nasal : Dr Guinier............ . 158

CAUBET. — Invagination intestinale traitée par l'électricité................ 72

CHRONIQUES. — Pages 34, 68, 100, 132, 163, 196, 228, 268, 400, 432, 464, 494

DAZET. — Ponctions multiples de la vessie par l'aspirateur Dieulafoy...... 54

G. DOP. — Mort de la pulpe dentaire provoquée par des violences extérieures. 401

GARIPUY. — Considérations sur l'éclampsie puerpérale..... 213

— Constitutions médicales, pages 30, 65, 96, 128, 152, 193. 215, 264, 396, 429, 461, 491

GISCARO. — Méningite tuberculeuse. Guérison.......................... 39

HUET. — La varicelle est-elle une varioloïde modifiée............ 141

JANOT. — Coexistence d'une bronchite chronique et d'une toux hystérique . 369

JOLY — Traitement de la pneumonie aiguë par la digitale et l'alcool... 165, 204

LAFORGUE. — Pétiole de calladium introduit dans la vessie............... 449

LAFOSSE. — De la spontanéité en face de la contagion............. 133, 176

MAURI. — La trichinose en Espagne.................................. 109

MOLINIER. — Céphalotripsie intracrânienne............................ 401

MONTANÉ. — Deux épidémies de rougeole et d'oreillons................. 229

PARANT. — Paralysie générale consécutive à l'ataxie locomotrice.......... 465

PROCÈS-VERBAUX des séances, pages 26, 59, 93, 123, 148, 188, 218, 261, 395, 458, 485

REVUES DES JOURNAUX, pages.................. 63, 129, 161, 264, 426, 490

ROQUE-D'ORBCASTEL fils. — De l'étiologie du goître sporadique............. 197

SAINT-PLANCAT. — Ecorce de quinquina vendue sous le nom de quinquina Kalissaya titré....... 455

TACHARD. — Cas de méningite tuberculeuse. 3

— Félure de l'occipital, troubles dans les mouvements des yeux. 49

— Renversement du corps dans les manœuvres de réduction des hernies. 69

— Exostose femorale volumineuse. 379

— Plaie transversale du larynx 433

TERSON. — De la sclérotomie dans le glaucome........................ 113

TIMBAL-LAGRAVE (Albert). — Recherche du mercure dans les urines.. 237, 381

VARIÉTÉS 223

Toulouse, Imprimerie Douladoure, rue Saint-Rome, 39.

